DR. JUAN CASADO

Elegido como mejor pediatra
de España por la consultora KPMG

El gran libro de la pediatría

La guía básica
con las soluciones
a todos los problemas
de salud infantil

Nueva
edición
ampliada,
e ilustrada

Planeta

Índice

Portada
Introducción
Niño sano
1. El parto y las primeras horas de vida
2. Pecho o biberón. Lactancia materna o artificial
3. Problemas comunes para amamantar
4. Cuidados del recién nacido en la primera semana de vida
5. Cuidados y consejos durante el primer mes de vida
6. Cuidados y desarrollo del lactante... en los primeros seis meses de vida
7. Cuidados y desarrollo del lactante en el segundo semestre de vida
8. Dentición. Mitos y realidades
9. El llanto. ¿Cuál es su significado?
10. «Mamá, quiero más comida.» La alimentación durante los primeros dos años
11. «¿Aprende bien mi bebé?» Desarrollo psicomotor del niño menor de dos años
12. Cuidados y desarrollo en el segundo año de vida
13. Crecimiento y desarrollo en la etapa preescolar. De los tres a los cinco años
14. Vacunas, lo mejor para la salud
15. La escuela infantil (guardería). Ventajas e inconvenientes
16. El juego. Su importancia en los niños
17. El sueño. Trastornos más frecuentes
18. La televisión. Ventajas e inconvenientes
19. Las vacaciones y los hijos. Vacaciones familiares, vacaciones escolares
20. La piscina y el baño. Evita los efectos indeseables
21. Ejercicio físico y deporte. ¿Necesidad o entretenimiento?
22. Hijos de padres separados. Consejos para los padres
23. Niño adoptado. Qué saber antes y después
24. Masturbación

Síntomas y enfermedades comunes

1. Fiebre. Cuándo preocuparse
2. Vómitos. Por qué se producen
3. Tos. Causas y remedios
4. «Mi hijo no come.» Falta de apetito
5. Diarrea aguda. Realiza el tratamiento
6. Deshidratación y rehidratación
7. Infecciones de la garganta. Amigdalitis y faringitis
8. Adenoides o vegetaciones. «¿Debe mi hijo operarse?»
9. Dolor de oídos. Otitis y mastoiditis
10. Sordera. «¿Oye bien mi hijo?»
11. Bronquiolitis. Una epidemia cada año
12. Laringitis
13. «Ronquidos, ¿debo preocuparme?» Apnea durante el sueño
14. «Mi hijo se queda privado.» Espasmos del sollozo
15. Neumonía. ¿Es grave?
16. Asma. Tos y silbidos en el pecho
17. Lesiones en la boca: úlceras, pupas y aftas. Herpes labial y estomatitis. Mucocele y fibroma
18. Varicela y herpes zóster. Dos enfermedades, un solo virus
19. Escarlatina. Una enfermedad que persiste
20. Exantemas. Sarpullidos en la piel
21. Estreñimiento. Realiza el tratamiento
22. Incontinencia fecal o encopresis
23. «Mi hijo moja la cama.» Enuresis
24. Obesidad y sobrepeso
25. Talla baja. «Mamá, ¿por qué soy tan bajito?»
26. Mal aliento o halitosis. ¿Es un problema?
27. Convulsiones febriles. ¿Son tan graves?
28. Meningitis. Cómo reconocerla y prevenirla
29. Tics nerviosos. ¿Qué hacer?
30. Sangrado por la nariz. Epistaxis
31. Soplo cardíaco
32. Infección de la orina. Infección del tracto urinario
33. Dolor de cabeza. ¿Cuándo preocuparse?
34. Mononucleosis infecciosa. La enfermedad del beso
35. Enfermedades alérgicas. Rinitis, conjuntivitis y anafilaxia
36. Dolor abdominal. ¿Cuándo preocuparse?
37. El niño con cáncer. ¿Cuándo sospecharlo?
38. Parásitos intestinales y lombrices
39. Mareo, lipotimia y síncope
40. Fimosis. ¿Necesita circuncisión?

41. Dolor de testículos
42. Otros problemas del pene y los testículos
43. Genitales femeninos. Problemas en las niñas
44. Hernias
45. Los niños pequeños también sienten dolor
46. Conjuntivitis y otros problemas de los ojos
47. Estrabismo. El niño tuerce un ojo

Problemas en la piel
1. Dermatitis del pañal
2. Dermatitis atópica. ¿Qué es?
3. Costra láctea y dermatitis seborreica. ¿Qué es y por qué se produce?
4. Molusco contagioso
5. Impétigo
6. Urticaria. Una reacción inofensiva que asusta
7. Piojos

Trastornos del comportamiento
1. Los celos. El nacimiento de un nuevo hermano
2. Rabietas, cómo evitarlas y cómo manejarlas
3. Autismo. El niño que no mira a su madre
4. La tartamudez
5. Niño hiperactivo. Déficit de atención e hiperactividad
6. Dislexia. La dificultad para aprender a leer y escribir
7. La desobediencia. Causas y soluciones
8. Depresión. Los niños también se deprimen
9. Miedo, estrés y ansiedad
10. Nuevas formas de maltrato infantil: bulling, niños perfectos, solitarios o hiperprotegidos

Problemas en huesos y columna
1. Problemas en los pies y en las piernas. «¿Tiene mi hijo algún defecto?»
2. Dolor de piernas. Dolores de crecimiento
3. Dolor de espalda
4. Cojera

Accidentes y primeros auxilios
1. Picaduras de insectos
2. Cómo salvar la vida de un niño. Masaje cardíaco y respiración boca a boca
3. Atragantamiento en la vía aérea por cuerpo extraño. Maniobras de desobstrucción
4. Accidentes en el hogar. Cómo evitarlos
5. Accidentes de circulación. Sistemas de retención y protección

6. El botiquín casero
Créditos

Introducción

Este libro, la cuarta edición de *El gran libro de la pediatría*, es una guía de salud infantil, escrita específicamente para ambos padres, también para los abuelos y para cualquier persona que cuida a los niños o que quiera conocer cómo crecen, se alimentan, educan, aprenden, se expresan y cómo se manifiestan sus enfermedades y problemas. Este libro está escrito para ayudarte, sus páginas te enseñarán a entender los síntomas y los problemas que pueden tener los niños, te orientará para tomar la solución más adecuada al problema concreto de alimentación, comportamiento o enfermedad, te indicará cómo interpretar los síntomas, cómo iniciar el tratamiento en casa, cuándo realizar la consulta médica y sobre todo si ésta debe hacerse de manera urgente, sin demora. Esta cuarta edición, además, incorpora imágenes y fotografías que te ayudarán a identificar más fácilmente los síntomas y signos que acompañan a algunas enfermedades o que, por el contrario, son normales.

Con el objeto de hacer el lenguaje más fácil, cuando aparece *niño*, en realidad se refiere a niño y niña, masculino y femenino, porque el libro está escrito para ambos, para que madre y padre conozcan las particularidades de los niños sanos y enfermos. Igualmente las palabras *él* o *ella* se utilizan para denominar al niño en general, independientemente de su sexo.

Quiero dirigir este libro no sólo a las madres, como es demasiado habitual, sino también a los padres puesto que los niños demandan la atención de los dos, madre y padre, y ambos contribuyen a la solución de los problemas de los hijos. En las sociedades más avanzadas y modernas, los padres desempeñan un papel cada vez más importante en el cuidado, en la salud y en la educación de sus hijos; sin embargo, las madres continúan siendo en la mayoría de los casos las que asumen la mayor parte del cuidado, especialmente durante los primeros meses de la vida.

El cuidado de los hijos, una de las asignaturas más importantes de la vida, no se aprende en la escuela ni en la universidad, se aprende mediante errores y aciertos, poco a poco, confundiéndose y acertando;

se aprende con sentido común, observando a los hijos propios y ajenos, preguntando, sufriendo y disfrutando con la crianza de los niños. El nacimiento del primer hijo invade de alegría la vida de los padres, que pronto se dan cuenta de las lagunas que tienen para emprender el cuidado de su bebé. La idea preconcebida de cómo es un bebé, cómo se comporta y cómo se expresa, muchas veces no sirve porque el propio no se adapta al modelo que se tiene. El nacimiento del segundo, aunque con más experiencia, no deja de sorprender, porque su comportamiento, su llanto, la manera de echar el aire o de mirar es diferente del anterior. Cada niño es un ser único nacido de los mismos padres, pero diferente al resto de los niños del mundo, también de sus hermanos. Este segundo hijo puede desconcertar y sorprender porque muchas veces es un ser completamente diferente al primero. En el pasado, cuando las familias eran numerosas, los padres adquirían experiencias en la crianza con los primeros hijos, y esto les servía para afrontar a los siguientes con mayor experiencia y seguridad. En la actualidad, las familias numerosas son una excepción y en consecuencia los padres adquieren escasa experiencia personal, y cuando tienen dicha experiencia ya no la pueden aplicar, porque ya no aumentan los hijos de su familia.

Criar a un niño sano es fácil y difícil a la vez, muy fácil cuando come, duerme y se comporta como los padres esperan, difícil cuando hace cosas que no entienden o tiene un comportamiento imprevisto. Los niños pequeños hablan poco o nada, no se saben expresar o lo hacen en un lenguaje ininteligible para muchos adultos, es un lenguaje corporal no verbal que utilizan para manifestar sus necesidades, lloran para decir que tienen hambre, para llamar la atención o por dolor. Al principio, el llanto parece el mismo, después los padres, sobre todo la madre, aprenden a diferenciar el significado de cada uno de los signos, síntomas y expresiones que emite su hijo. Otras muchas veces, sin embargo, se angustian porque desconocen las causas del vómito, la fiebre o si el aprendizaje y desarrollo psicomotor, las cosas que sabe hacer el bebé, son los adecuados para su edad o no. Conocer los signos de alerta de retraso mental es fundamental para detectarlo pronto, al objeto de comenzar inmediatamente el tratamiento rehabilitador. La sordera, el retraso motor o psíquico precozmente diagnosticados tienen un pronóstico mucho mejor, a veces radicalmente mejor que aquellos que son tardíamente detectados. Por eso, es necesario que los padres conozcan qué debe saber hacer su hijo en tal o cual edad, cuándo se deben preocupar y consultar por ello, sabiendo que las variaciones normales para el aprendizaje de una función determinada pueden ser muy amplias; por ejemplo, un niño puede mantenerse

sentado sin apoyo al séptimo mes, pero también puede hacerlo a los diez o los doce meses, siendo totalmente normal.

Algunos padres, incluso los experimentados con hijos mayores, pueden sentir miedo y angustia con el bebé que acaba de nacer, bien porque frecuentemente está acatarrado, tiene mocos en la nariz, lo que le impide respirar bien, o tose con más frecuencia de lo que debería, come peor o gana menos peso, es un miedo a que su hijo esté enfermo y ellos no sepan reconocerlo a tiempo. Algunos padres tienen siempre miedo, un miedo que no descansa, crónico, que se exagera cuando su hijo está enfermo, por ejemplo, cuando el niño tose, pero que persiste cuando el síntoma desaparece; entonces piensan con angustia: «¿Mi hijo ahora no tose, respirará bien?». En realidad, muchos padres viven estos primeros años con temor, por la preocupación a que tenga oculta alguna disfunción, anomalía o enfermedad que no puedan detectar precozmente. También sienten un miedo y una angustia derivados de la incapacidad para dilucidar qué síntoma es banal y cuál es decisivo.

Este libro está escrito para ayudar a los padres en la crianza de sus hijos. El objetivo es aportar los conocimientos básicos, fundamentales, que todos los padres deben tener. *El gran libro de la pediatría* está dividido en varias partes: la primera corresponde al **niño sano,** empieza en el parto y los primeros minutos de la vida, los minutos decisivos para el futuro del nuevo ser; continúa con la descripción de las características, cuidados y necesidades de los niños en los primeros días, semanas, meses y años. Esta primera parte incluye **alimentación, dentición, aprendizaje, vacunas** y todo lo que los padres necesitan conocer.

La segunda parte del libro corresponde a **los síntomas y las enfermedades** comunes más frecuentes en los niños. En esta parte se explican las causas y las consecuencias de los síntomas más importantes y frecuentes de los niños y las situaciones que más preocupan a los padres. Todos los niños manifiestan algún síntoma o alguna enfermedad en algún momento de su vida, como fiebre, diarrea, tos, vómitos, deshidratación, otitis, meningitis y otras muchas más. En la fase preverbal lo manifiestan con su actitud, con su tristeza y desinterés, con sus ojos; otras veces con síntomas como los mencionados (fiebre, diarrea...) o a través del decaimiento o de algún lenguaje no verbal, corporal. Los niños con un grado de desarrollo suficiente para comunicarse mejor tienen ya capacidad para concretar, señalar sus males y sus problemas. Los mayores y adolescentes ya saben describir sus síntomas; un buen interrogatorio sobre sus males, una conversación tranquila, facilita el diagnóstico. El gran problema

para los padres, lo que verdaderamente los angustia, es el desconocimiento del significado del síntoma o del cuadro que presenta el niño, saber cómo evolucionará, qué pasará más tarde. También la incapacidad para dilucidar cuál de todos los síntomas es importante, cuándo consultar al médico y en qué circunstancias la consulta no debe demorarse, y debe hacerse de urgencia.

Para los padres existen dos tipos de síntomas, aquellos que parecen corresponder a una enfermedad aguda, que son los que generalmente les asustan, por ejemplo, fiebre elevada, convulsiones o llanto incontrolado, síntomas que se manifiestan bruscamente, a veces con dramatismo. Y aquellos otros síntomas que aparecen más lentamente, poco a poco, o que se inician, desaparecen y vuelven a aparecer, como la falta de apetito, el cansancio, la febrícula o la tos mantenida durante semanas, indicios que si no agobian, sí preocupan porque persisten, no acaban de desaparecer. En estos casos, la consulta médica suele demorarse y es sustituida frecuentemente por consultas a amigos o familiares.

Muchas veces los padres acuden a las urgencias de los centros sanitarios por situaciones banales, leves, no importantes. Esto, además de colapsar los centros de urgencias, genera angustia a los padres y largas esperas en las salas de los hospitales. Estas urgencias muchas veces están bloqueadas por padres preocupados por síntomas inofensivos o enfermedades que deberían ser tratadas en las horas de consulta normal.

Otras veces, la consulta debería ser inmediata y sin embargo se demora. Las consultas urgentes deben responder a aquellas situaciones que debutan con síntomas premonitorios de un problema cuya solución no puede retrasarse, porque corresponde a una enfermedad que es tanto peor cuanto más tiempo se tarde en detectar y, en consecuencia, en iniciar el tratamiento. Los signos tributarios de tratamiento inmediato no pueden resumirse en tres o cinco síntomas, irán apareciendo en las páginas de este libro. Algunas veces, síntomas muy dramáticos no son realmente importantes, por ejemplo, una convulsión provocada por la fiebre. Presenciar la primera convulsión febril de un hijo es una experiencia enormemente traumática, por la impotencia de no saber qué hacer, mientras se contempla lo que parece el final de la vida, la agonía del ser querido. Sin embargo, una convulsión febril generalmente no entraña riesgo para la vida, tampoco para el desarrollo psicológico, neurológico ni intelectual del niño.

Con frecuencia, las visitas de urgencias son realizadas por padres con cara de pánico, muchas veces con temor de que unos minutos de

retraso puedan imposibilitar la curación. La preocupación excesiva, la angustia vital por llegar y consultar es debida al desconocimiento de qué situación se puede esperar y cuál no, qué síntoma es importante y demanda urgencia y cuál permite tranquilidad. En este libro se explica también cuándo consultar con urgencia y cuándo no. Estas páginas no pretenden hacer de los adultos, padres o no, «pequeños médicos», sólo se pretende que éstos entiendan las causas y consecuencias de cada una de las situaciones por las que pueden pasar sus hijos. Porque los niños suelen mostrar síntomas con un diagnóstico preciso, pero cuando se encuentran mal, no dicen: «Mamá, papá, tengo apendicitis», dicen: «Me duele el abdomen, la tripa o la panza»; este dolor pocas veces será apendicitis, pero los padres no saben que en la mayoría de los casos este dolor es debido a otra causa. Después de leer este libro, seguramente podrás dilucidar entre consultar con rapidez o esperar al día siguiente.

El tercer apartado de *El gran libro de la pediatría* desarrolla **problemas de la piel**, tan frecuentes como molestos, como son la dermatitis del pañal, la dermatitis atópica, el impétigo, la urticaria y otras.

El cuarto apartado corresponde a las **alteraciones y trastornos del comportamiento**, y abarca desde los celos infantiles, sus causas y remedios, las rabietas, el déficit de atención e hiperactividad, la tartamudez, la desobediencia, la depresión y otros muchos trastornos que agobian y trastornan a los niños y a sus padres.

Para los padres es muy importante saber qué hacer con cada uno de los síntomas y manifestaciones anormales de sus hijos. Tan importante es conocer qué hacer como qué no hacer. Por ejemplo, en los espasmos del sollozo, esa situación en la que el niño no arranca a llorar, se queda parado intentando respirar, quiere pero no puede coger aire, es más importante saber qué es lo que no hay que hacer para evitar la repetición de estos ataques que lo que se debe hacer, que en este caso es nada, sólo observar a una cierta distancia. Otras situaciones que producen grandes sufrimientos a niños y padres, tales como los niños hiperactivos con déficit de atención, los que mojan la cama por las noches o los niños que se hacen caca encima y otras alteraciones del comportamiento, son tan frecuentes y difíciles de manejar que, cuando los padres empiezan a entender el problema de su hijo, generalmente han pasado un calvario de sufrimientos, errores de enfoque y dudas que muchas veces enquistan el problema. No saber cómo actuar o hacerlo inadecuadamente no sólo perpetúa el problema, también añade otros nuevos que conducen frecuentemente al descenso de la autoestima, a la depresión y trastornos del

aprendizaje, facilitándose así la infelicidad y la inadaptación escolar y social.

El quinto apartado aborda **los problemas en huesos y columna vertebral**, dolor de piernas, espalda, la cojera aguda o los frecuentes problemas en los pies.

El último apartado, **accidentes y primeros auxilios**, encara por ejemplo cómo resolver un sangrado nasal, más frecuentes por las noches, o una convulsión febril y otras emergencias, que deben y pueden ser inicialmente tratadas en el propio domicilio por ti, incluso con eficacia. También puedes resolver otras situaciones como deshidratación, tos, picaduras de insectos, piojos, conjuntivitis, estreñimiento y muchas más que puedes encontrar en este libro.

La lectura de *El gran libro de la pediatría* será, sin duda, de mucha utilidad, ayudará a afrontar el mayor reto que tienen los padres, la crianza de sus hijos, permitirá tomar decisiones basadas en el conocimiento, y por tanto adecuadas, que producirán a los padres y al lector en general no sólo tranquilidad, sino también mayor seguridad para la salud de sus hijos. Deseo que sea así, y que también disfruten con su lectura.

PROF. DR. JUAN CASADO

Niño sano

1. El parto y las primeras horas de vida

Los momentos más decisivos en toda la vida de los humanos son los comprendidos entre el inicio del parto hasta que sucede el alumbramiento y los siguientes minutos, porque la salud, incluso el estado de normalidad para el resto de la vida, puede depender de este espacio de tiempo tan pequeño. Muchos niños con parálisis cerebral, retraso psicomotor, epilepsia y otras enfermedades crónicas deben su situación a este período, llamado perinatal. Por ello es necesario que estés informada de cómo transcurrirá el parto y de los cuidados que tu hijo recién nacido necesitará en estos primeros y trascendentales minutos de vida.

Aunque eres tú, mujer, la que darás a luz, tu pareja debería acompañarte, si ambos lo deseáis, durante todo el proceso del parto. De este modo, el padre se implicará más con su bebé, iniciándose nada más nacer el apego imprescindible que unirá de por vida al recién nacido con su padre y con su madre. El sentimiento de apego inicialmente visual se potencia a través del contacto físico al finalizar el parto.

El parto tiene tres fases, la primera consiste en la dilatación del cuello del útero, la segunda se inicia cuando el cuello está totalmente dilatado (aproximadamente unos diez centímetros de diámetro) y finaliza cuando nace el niño, y la tercera desde este momento hasta que se expulsa la placenta. La primera fase es la más prolongada, su duración varía de una mujer a otra, como también de un parto a otro de una misma mujer, siendo generalmente más corto conforme mayor ha sido el número de partos anteriores. El período de dilatación dura entre doce y catorce horas en las madres primíparas, las que van a dar a luz por primera vez, y menos horas en las multíparas, y se inicia por contracciones uterinas. Éstas se caracterizan porque el útero se endurece periódicamente, cada quince o veinte minutos, al principio de una manera débil para hacerse progresivamente más potente; el abdomen se pone duro con cada contracción, como una piedra, éstas

son cada vez más y más frecuentes y duraderas, hasta que entre el final de una contracción y el inicio de la siguiente transcurran sólo unos minutos. Al final de este período de dilatación no debes comer ni beber, por si existiera alguna complicación que obligara a aplicarte anestesia. Por supuesto, la matrona y el médico deben estar informados de la periodicidad de las contracciones, en el supuesto de que esta fase se realice en tu domicilio. La fase de dilatación del cuello del útero, imprescindible para que puedas alumbrar al nuevo ser por parto natural, puedes hacerla bien tumbada o paseando. En algunos casos, el comienzo de esta fase va precedido de la rotura de la bolsa amniótica, que se manifiesta por la salida de líquido acuoso por la vagina; esto se conoce como rotura de aguas.

Conforme progresa el parto, las contracciones serán cada vez más frecuentes, el médico o la matrona reconocerán a través de un tacto vaginal, que se realizará durante una contracción, que el cuello de tu útero está cada vez más dilatado y que el parto progresa adecuadamente. Esta fase, que puede realizarse tanto en casa como en el hospital, va precedida de la administración de un enema rectal de limpieza, con objeto tanto de dejar el mayor espacio al feto para que pueda salir hacia el exterior, como de limpiar la vía rectal. También te colocarán un sistema de vigilancia de la frecuencia cardíaca de tu hijo y de tus contracciones uterinas, llamado monitor fetal, que consiste en un cinturón que se pone alrededor de tu abdomen. En esta fase es muy importante la compañía de tu pareja para que te ayude a poner en práctica los conocimientos adquiridos durante el curso de preparación al parto. Si esta compañía no fuera deseable o posible, no te preocupes, porque las mujeres han podido dar a luz solas a lo largo de millones de años. Durante este período del parto es necesario que te examinen varias veces a través de tactos vaginales, única forma de saber cuándo se realizará el traslado a la sala de partos. En esos momentos, el médico o la matrona te deben romper la bolsa amniótica, la que contiene el bebé en su interior nadando en líquido. Esta rotura es indolora, se realiza con una especie de aguja de ganchillo, va seguida de la expulsión de un volumen considerable de líquido similar al agua. Por fin, cuando la dilatación del cuello del útero está completa, las contracciones son más duraderas —entre sesenta y noventa segundos— y más frecuentes, repitiéndose cada uno o dos minutos, sin tiempo apenas para que descanses entre una contracción y la siguiente. Este momento es el final de la primera fase y se reconoce porque sentirás necesidad de empujar con cada contracción, notando durante la misma un abultamiento en tu bajo vientre que corresponde a la cabeza de tu bebé, que sube y baja con

cada contracción. Sin embargo, aunque tengas ganas de empujar no debes hacerlo. Aquí es cuando debes poner en práctica la forma de respirar aprendida durante el curso de preparación al parto, que ayuda a no hacerlo. Debes saber que en estos momentos puedes sentir cansancio, dolor y agotamiento, recuerda que cada contracción aumenta el grado de dilatación necesaria para que la cabeza de tu bebé pueda progresar y nacer; ya queda poco, esta fase está casi finalizada.

Cuando el médico o la matrona reconozcan que el cuello del útero está completamente dilatado, te indicarán que empujes con cada contracción; en cualquier momento aparecerá el pelo de la cabeza de tu hijo a través de tu vagina, con cada nueva contracción bajará y subirá un poquito, hasta que salga toda la cabeza.

En estos momentos su cabeza será secada con un paño limpio y estéril, y las secreciones de la boca y la nariz serán limpiadas; más tarde salen los hombros y rápidamente el tronco y las piernas. Una vez que es expulsada la cabeza, el resto de su cuerpo saldrá fácilmente. Inmediatamente después, el médico o la matrona cortarán el cordón umbilical del que se ha alimentado y por donde ha respirado hasta ahora. Tu hijo llorará, oirás sin verle, un llanto potente; después le envolverán y secarán con un paño limpio y caliente, le examinarán rápidamente para comprobar que respira y está bien, y te lo entregarán para que lo pongas entre el abdomen y tus pechos.

En estos momentos le debéis tocar, acariciar y hablar, porque esto es necesario para que se establezca el reconocimiento, el cariño y el apego que caracterizan no sólo a las mujeres y a los hombres, sino también a los demás mamíferos. Existen estudios realizados en humanos y en monos que permiten asegurar que el vínculo afectivo se establece y aumenta tanto en los padres como en los recién nacidos cuando se permite el contacto físico, táctil y visual desde el mismo momento del nacimiento.

El llanto es imprescindible al nacer, significa que los pulmones se abren y se llenan de aire por primera vez, comenzando una nueva forma de vida, la que depende de la capacidad de cada ser vivo de respirar autónomamente. Por eso si oyes el llanto vigoroso de tu bebé es que tiene fuerza y salud para hacerlo; si no lo oyes, no significa necesariamente complicación ni enfermedad, puede estar deprimido por el esfuerzo del parto o dormido por la medicación que te han puesto a ti, en cuyo caso precisa de manos expertas que le ayuden a respirar y a sobrevivir con normalidad.

¿Parto hospitalario o domiciliario?

En el pasado todos los partos era domiciliarios; las mujeres parían ayudadas por una vecina experimentada, a veces por una matrona, raramente por un médico. Mucho más tarde aparecieron los tocólogos, que inicialmente eran médicos generales que después se especializaban en obstetricia y ginecología. En las últimas décadas del pasado siglo la casi totalidad de los niños del mundo desarrollado han nacido en hospitales, clínicas o maternidades preparadas para la atención de las madres durante el parto y de los niños en las primeras horas o días de vida.

Sin embargo, en la actualidad muchas mujeres quieren parir en casa, lógicamente siempre que esto sea seguro para su salud y la de su hijo. En España todavía es infrecuente el parto domiciliario, pero en otros países está ya integrado dentro de los sistemas de salud porque se ha visto que en muchos casos el parto es tanto o más seguro que en el hospital, es mas fisiológico, más natural, menos agresivo, instrumentalizado y privado, y lógicamente mucho más económico. En Europa la experiencia es diferente en los distintos países: en Holanda aproximadamente uno de cada cuatro partos se realizan en casa, en el Reino Unido sólo el 2-3 por 100 y en Dinamarca menos, sólo uno de cada cien. En España la cifra aún es pequeña, pero existe curiosidad por conocer las ventajas e inconvenientes de esta modalidad en el lugar del alumbramiento.

En la actualidad parir en casa es una alternativa tan segura como la hospitalaria; además es mas íntima, menos agresiva y más cálida. Sin embargo, no todos los partos pueden hacerse en el hogar; sólo puede plantearse esta alternativa en aquellos en los que la seguridad de la madre y del hijo estén garantizadas. Para esto se tienen que dar las siguientes circunstancias:

1. Parto programado, no urgente.
2. Asistido por una matrona experta en partos domiciliarios.
3. Madre sana, mejor multípara, con experiencia por partos previos.
4. Embarazo a término, entre 37 y 42 semanas de gestación, por tanto no prematuros.
5. Feto único, normal y sano, con presentación cefálica, de cabeza. Quedan por tanto excluidos los niños prematuros, los gemelares y aquellos que están preparados para nacer de cara, culo (llamado

técnicamente presentación podálica) o pies.

6. Ningún factor de riesgo en la madre ni en el niño, por ejemplo, madre diabética, hipertensa, nacimientos previos por cesáreas o partos anteriores con problemas.

7. Inicio del trabajo del parto espontáneo, no provocado.

8. Lugar del alumbramiento acondicionado en cuanto a suficiente calor, limpieza, agua corriente y electricidad.

9. Cercanía de un hospital apropiado, a donde puedan desplazarse ambos, madre y bebé, si apareciesen complicaciones no previstas, en menos de 45 minutos.

Cuando se cumplen todos estos requisitos el parto domiciliario es tanto o más seguro que el hospitalario. Algunos estudios han demostrado que las madres tienen menos complicaciones, como hemorragia posparto, retirada manual de la placenta, menos episiotomías (incisiones vaginales para la ampliación del canal del parto), alumbramientos más naturales y menos instrumentalizados, lo que significa menos usos de fórceps o ventosas y sobre todo menos cesáreas. Estos partos en casa también son seguros para los recién nacidos. Sin embargo, cuando no se dan todas estas condiciones el riesgo de complicaciones para los bebés aumenta.

En resumen, las mujeres multíparas sin riesgo podrían alumbrar con seguridad en su domicilio siempre que se den las nueve condiciones antes descritas.

El test de Apgar

El test de Apgar es una escala que mide la vitalidad del recién nacido. Se aplica a todos los recién nacidos al menos dos veces, al minuto y a los cinco minutos de vida. Este test, creado por la doctora norteamericana Virginia Apgar hace más de cincuenta años, ha sido validado y confirmado en múltiples estudios y por ello continúa aplicándose todavía a los niños que nacen en cualquier parte del mundo. Valora cinco parámetros, a los que se puntúa entre cero y dos, de forma que la mejor y máxima puntuación es diez y la mínima cero. Un recién nacido vital, sano, tiene una puntuación total de ocho, nueve o diez, mientras que otro con sufrimiento o con necesidad de ayuda inmediata puntúa entre cero y tres. La valoración del test de Apgar se realiza de una forma muy rápida, siempre en el primer

minuto de vida, al objeto de iniciar las medidas de reanimación a los que lo necesitan. Una puntuación en el test de Apgar baja indica la necesidad de ayuda inmediata, para evitar mal pronóstico. Existe riesgo de secuelas neurológicas cuando, a pesar de las maniobras de reanimación, persiste esta baja puntuación durante más de cinco minutos. Un recién nacido con Apgar bajo no siempre indica un mal pronóstico, puede ser que permanezca dormido debido a la anestesia materna o por otras razones, pero siempre implica la necesidad de ayuda.

Los cinco parámetros que se valoran son la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, los reflejos del recién nacido, el tono muscular y el color de la piel. La frecuencia cardíaca puntúa dos si oscila entre cien y ciento cuarenta pulsaciones por minuto, un punto si es menor de cien y cero puntos cuando no se encuentra pulso ni latido cardíaco. El esfuerzo respiratorio se puntúa dos cuando es vigoroso y cero cuando no existe o es débil. El tono muscular, visible por la movilidad de las extremidades, suma dos puntos, mientras que la ausencia de tono, la flacidez, se acota como cero puntos. El color violáceo o morado intenso de manos y pies se puntúa como cero; el color sonrosado, dos puntos. Como ya se comentaba, si en cinco parámetros se alcanza el máximo de dos puntos, ello representa un total de diez puntos. Un recién nacido que tiene un Apgar muy bajo, entre cero y tres, que se recupera en los siguientes minutos, tiene unas posibilidades del 99 por ciento de no padecer posteriormente una parálisis cerebral; sin embargo, el recién nacido que no se recupera, el que continúa puntuando a los cinco minutos de vida un valor persistentemente bajo del test de Apgar, tiene un riesgo importante de padecer lesiones en su cerebro, por eso es necesario valorarlo en los minutos primero y quinto de la vida.

Es trascendental que meditéis el lugar donde nacerá vuestro hijo, al objeto de ofrecer tanto a la madre como al niño las máximas garantías que el actual conocimiento científico, técnico y humano proporcionan. Sólo un lugar preparado para reanimar al bebé inmediatamente, si fuera necesario, y para atender tanto a él como a la madre adecuadamente durante todo el proceso del parto, ofrece las garantías suficientes para que tu hijo y tú podáis disfrutar de un futuro feliz.

Cuidados del recién nacido sano en los primeros minutos de vida

De los cientos de miles de horas que probablemente vivirá tu hijo, la más importante es la primera, y dentro de ésta los primeros minutos son decisivos para su futuro. Nada más nacer, en el primer minuto de vida, el recién nacido tiene que hacer grandes transformaciones que le permitan adaptarse inmediatamente a su nueva vida fuera del útero de su madre. Hasta entonces, la oxigenación de la sangre del feto se realizaba a través de la placenta y de los pulmones de su madre. El control de la temperatura y otras funciones del organismo, imprescindibles para la vida, las realiza el feto hasta su nacimiento a través de su madre.

En estos primeros minutos de vida, el nuevo individuo puede decidir su futuro como persona. Si la oxigenación de sus tejidos, principalmente el cerebro, fracasa, las secuelas neurológicas para este nuevo ser pueden ser graves y definitivas. Cuando el cerebro está sin oxígeno durante más de tres o cuatro minutos se lesiona para siempre, perdiéndose así las facultades neurológicas, motoras, intelectuales y sensoriales que definen a las personas como normales. Por eso es tan importante asegurar que tu hijo nazca con todas las condiciones que le garanticen que lo hará bien, o que el problema que se presente podrá ser solucionado de inmediato, antes de que exista riesgo de lesión cerebral.

Un recién nacido se considera normal, sano, cuando cumple las siguientes condiciones: nace tras un embarazo de duración normal, entre treinta y ocho y cuarenta y dos semanas de gestación, sin enfermedades ni complicaciones de su madre, tras un parto normal, no complicado, la exploración inmediata al parto es normal y su capacidad de adaptación a la vida extrauterina es adecuada.

El período perinatal es el comprendido alrededor del parto, inmediatamente antes, durante y después del parto. Ésta es la época de la vida más vulnerable, porque algunos problemas que suceden durante este período son los responsables de la mayoría de los retrasos mentales. Tanto el embarazo como el período neonatal inmediato deben ser controlados por el médico obstetra, llegándose al parto con la información necesaria para que el período perinatal transcurra con normalidad. La madre, el médico y la matrona deben conocer si el bebé es maduro, si el tamaño del feto es el adecuado para la edad gestacional, si su presentación para su expulsión en el momento del parto es la cabeza y no otra parte del cuerpo; también deben conocer que no existe desproporción entre el tamaño de la cabeza y la pelvis de la madre, que el latido cardíaco fetal es vigoroso y otras muchas preguntas que el equipo encargado del parto debe realizar antes de iniciar el proceso de un parto. Cuando éste sea anormal, bien por

alteraciones en la madre, en el feto o en ambos, es imprescindible establecer todas las medidas para asegurar que el feto y su madre serán atendidos adecuadamente. El objeto es prevenir o resolver, de manera inmediata, no sólo los problemas que puedan poner en peligro el futuro, especialmente el neurológico, de este nuevo individuo, sino también las complicaciones en su madre, si las hubiera.

Un parto normal, llamado técnicamente eutócico, podrá transcurrir físicamente en cualquier lugar. En realidad, muchos se presentan inesperadamente, sin tiempo para el desplazamiento al lugar donde se realizan habitualmente, el hospital o la clínica, ni tiempo para que la matrona o el obstetra puedan asistirlos sanitariamente. El parto y el período prenatal deben estar siempre controlados por el personal sanitario, médico o matrona, única manera de asegurar que el alumbramiento transcurra con normalidad, independientemente de que el parto suceda en el domicilio o en la clínica. En las situaciones de riesgo es obligada además la presencia física de un pediatra o médico capacitado para solucionar los problemas que el recién nacido pueda presentar.

Millones de recién nacidos, que han sido reanimados inmediatamente después de nacer, en el primer minuto de vida, son después personas con una inteligencia y un sistema neurológico normales gracias a unas sencillas maniobras de reanimación. Éstas consisten en aspirar la secreción de las vías respiratorias altas y a veces también de las vías respiratorias bajas, porque algunos pueden aspirar meconio; también en administrar oxígeno con una mascarilla o a través de un tubo que se inserta en la tráquea, que es el conducto que transporta el aire desde la garganta hasta los pulmones. En ocasiones, estos recién nacidos necesitan masaje cardíaco y algún medicamento, un potente tónico cardíaco que se pone a través de la vena del cordón umbilical. La reanimación neonatal inmediata evita así el retraso mental y la parálisis cerebral, al proporcionar en todo momento sangre oxigenada al cerebro. El precio que un nuevo individuo, su familia y la sociedad pueden pagar por no haber nacido en el lugar adecuado puede ser muy alto; por eso debes, con el conocimiento de las ventajas y la seguridad técnica que te aporta cada lugar, elegir bien dónde transcurrirá el parto. Lógicamente, siempre debes dar prioridad a la seguridad de tu hijo frente a tu comodidad.

Cuidados del recién nacido en las primeras horas de vida

Después de que hayas acariciado, hablado y reconocido a tu bebé, es necesario trasladarle a otro lugar, seco y caliente, generalmente se usa un foco de calor eléctrico. Le pondrán una pinza de plástico en el cordón umbilical y si estás en el hospital se le identificará a través de una pulsera o con la huella del pie. Si el parto ha sido vaginal, se aspiran las secreciones de boca y nariz. Si el nacimiento ha sido por cesárea, se precisa la introducción de una sonda por la nariz para aspirar las secreciones del estómago. Después, tu hijo será pesado, tallado y medido el perímetro de su cabeza. Más tarde le limpiarán la cara para facilitar la observación, pero no será bañado ni limpiado, excepto cuando se sospeche que tu líquido amniótico está infectado; permanecerá por tanto con una capa de grasa blanca que tiene efectos beneficiosos y que por ello no debe retirarse.

En este primer reconocimiento se le administrará por vía oral o a través de una inyección intramuscular una dosis de vitamina K, sustancia deficitaria en los recién nacidos y cuyo déficit predispone a las hemorragias. También se le aplicarán unas gotas de colirio con antibiótico en ambos ojos, con objeto de prevenir la conjuntivitis. Después, tu hijo te será entregado para que lo acerques al pecho, siempre que te encuentres despierta, no anestesiada y en condiciones para que inicie la alimentación natural. Ésta debe comenzarse lo antes posible, siendo aconsejable cuando el bebé está despierto en la primera hora de vida. Más tarde, el bebé y tú debéis descansar uno al lado del otro, en la misma habitación, pero no en la misma cama. En su cuna, el bebé estará abrigado, vestido con la ropa adecuada a la época del año y a la temperatura de la habitación. Para dormir se le colocará boca arriba o de lado, pero no boca abajo.

A partir de ahora, tu hijo, aunque sano, necesita ser ayudado por ti, porque es incapaz de alimentarse y cuidarse por sí solo. También le ayudarán otras personas que en los días siguientes le controlarán, pesarán y realizarán algún análisis con sangre del talón para descartar enfermedades metabólicas. La relación con tu hijo de todo el personal —sea sanitario o no— debe ser siempre respetuosa y cariñosa, porque los recién nacidos, contrariamente a lo que antes se pensaba, son capaces de ver, oír y sentir. Trátale con mucho afecto y no permitas que nadie le hable alto, le trate como a un objeto insensible o le moleste. El análisis del grupo sanguíneo y del Rh se debe realizar con la sangre del cordón umbilical y no con la obtenida por un pinchazo en la piel o en la vena del bebé.

Cuidados especiales

Algunos recién nacidos precisan cuidados especiales, incluso no estando enfermos, bien porque necesitan controles u observación especial para detectar variaciones de la normalidad o bien para realizar algún tratamiento. Ambos pueden realizarse en una sala de neonatología o en una unidad de cuidados intensivos, sin que indique esta última opción gravedad obligada; estos ingresos en la UCI neonatal muchas veces son sólo para vigilar mejor, más estrechamente, algunas de las funciones de los distintos sistemas y órganos del cuerpo, como la respiración, la circulación de la sangre, el nivel de azúcar sanguíneo o la capacidad para controlar la temperatura.

El azúcar sanguíneo es el único alimento de las células del cerebro, las neuronas, y en consecuencia es imprescindible asegurarlo en los recién nacidos con riesgo de tenerlo bajo. Tienen riesgo de tener hipoglucemia tanto los bebés que nacen con mucho peso como los que nacen con poco —menos de 2,5 kilos o más de cuatro kilos—; también los hijos de madre diabética, así como los que tienen retraso del crecimiento intrauterino; éstos se caracterizan porque nacen con menos peso y talla de la que les correspondería para su edad gestacional. Asimismo, deben ser controlados los que nacen prematuros, antes de la semana 37 de gestación.

Necesitan mayor vigilancia y cuidados aquellos recién nacidos a los que se les detecta alguna alteración en la primera exploración, la que el médico realiza nada más nacer.

Los niños prematuros no son capaces de mantener su temperatura, por ello se les pone desnudos o vestidos dentro de una incubadora o debajo de una lámpara de calor. La incubadora es una caja de metacrilato transparente que mantiene permanentemente una temperatura elevada, generalmente superior a treinta grados centígrados, la necesaria para que el bebé prematuro pueda mantener su temperatura corporal. Aunque tu hijo esté dentro de la incubadora, puedes y debes tocarle, acariciarle y hablarle; antes tienes que lavarte las manos.

Algunos niños, prematuros o no, necesitan alimentarse por una sonda de plástico que entrando por la nariz llega hasta el estómago. A través de ella se gotea el alimento que necesitan. Otros niños precisan sueros o medicación por la vena, para ello pueden tener canalizada una venita de la cabeza, no porque tengan problemas en el cerebro, es sólo porque las venas del cuero cabelludo son abundantes y buenas en este período de la vida. También pueden precisar oxígeno o ayuda a

su respiración, esto se realiza a través de un tubo que lleva aire enriquecido en oxígeno a su nariz o a los pulmones; en este caso, una máquina llamada respirador le ayuda a respirar mejor. La mayoría de los recién nacidos que necesitan vigilancia especial tienen unas pegatinas adheridas a su cuerpo y unos cables que las conectan a una caja, llamada monitor. Éste dispone de una pantalla en la que aparecen números y gráficas, en forma de ondas, que corresponden a la respiración, el latido del corazón y otros datos del funcionamiento del organismo del bebé.

El que un niño tenga estos cables y monitores no significa necesariamente que padezca una enfermedad grave, sólo quiere decir que necesita vigilancia más intensa.

2. Pecho o biberón. Lactancia materna o artificial

¿Es mi leche adecuada?

Sin conocerte, puedo saber que si estás sana, tu leche es adecuada. Por tanto, siempre que sea posible, opta por la lactancia natural, porque aporta todos los ingredientes que el niño necesita para desarrollarse física y emocionalmente sano. Además, tu leche previene enfermedades, tanto durante el tiempo que tu bebé recibe leche materna como durante el resto de su vida. Cuando la lactancia materna no es posible, la lactancia artificial permite también un desarrollo adecuado.

¿Por qué la lactancia materna es tan buena?

Por la composición de la leche, que es distinta a la leche artificial —que es habitualmente leche de vaca modificada y adaptada a las necesidades del bebé—. Cada animal mamífero produce la leche adecuada, la específica, para asegurar el desarrollo de su prole, siendo el crecimiento tanto más rápido cuanto más se desciende en la escala biológica, de forma que la leche de vaca tiene más proteínas que la del chimpancé, y ésta más que la leche de mujer. Esto ha permitido la permanencia de los mamíferos sobre la Tierra a lo largo de millones de años. Cada especie fabrica, por tanto, la leche que sus hijos precisan, que es diferente de un mamífero a otro. La composición de la leche materna asegura un crecimiento óptimo durante los primeros meses de vida, ya que contiene todos los nutrientes en cantidades y calidades adecuadas a cada época de la vida de los niños pequeños. La

composición de la leche es diferente en los primeros días de vida que en el resto del período de lactancia, porque las necesidades nutritivas son distintas.

La lactancia materna protege al niño de enfermedades infecciosas y también de las no infecciosas. A través de la leche se segregan anticuerpos y sustancias protectoras de las infecciones, y esto es muy importante porque durante los primeros meses existe mayor riesgo de padecer infecciones que en otras épocas de la vida, puesto que la capacidad de luchar contra las infecciones se encuentra todavía poco desarrollada.

La frecuencia y la gravedad de las infecciones respiratorias, tales como neumonía, bronquiolitis, catarros..., son menores en los niños que reciben lactancia materna que en los que se alimentan con biberón. También son menos frecuentes la otitis, la meningitis, la gastroenteritis, infecciones de orina y otras enfermedades no infecciosas, importantes, frecuentes y graves, como la muerte súbita del lactante (principal causa de muerte durante el primer año de vida), la enterocolitis necrotizante (una enfermedad grave del intestino que con frecuencia necesita cirugía), la dermatitis del pañal y otras. Algunas enfermedades, como la alergia y la intolerancia a la leche de vaca, sencillamente no existen en los niños alimentados con pecho. La lactancia materna salva cada año de la muerte por infecciones, diarrea y malnutrición a millones de niños en los países en vías de desarrollo. En los desarrollados evita infecciones y sufrimiento; un estudio reciente, llevado a cabo en el Reino Unido, ha comprobado que los niños que recibieron pecho durante ocho meses apenas tuvieron infecciones respiratorias ni otitis, mientras que los alimentados artificialmente presentaron estas infecciones frecuentemente.

La lactancia materna protege al niño a lo largo de su infancia; incluso cuando ya no toma pecho, tiene menos tendencia a padecer enfermedades crónicas, como el asma, la alergia o la obesidad. Los lactantes alimentados con pecho dejan de comer cuando están saciados, de forma que en una toma comen mucho y en otra poco, cosa que no sucede cuando reciben lactancia artificial, porque se les insiste hasta que finalizan la última gota del biberón. Por eso, los niños alimentados artificialmente ganan más peso, no más salud, que los alimentados con leche de su madre, porque el centro regulador del apetito, situado en el cerebro, madura y se perfecciona mejor, ajusta mejor el volumen alimenticio, aprendizaje que sirve para el resto de la vida.

Los beneficios de la alimentación con leche materna protegerán al

niño a lo largo de toda su vida. Cuando tu hijo sea adulto tendrá, por tanto, menos riesgos de padecer obesidad y las enfermedades relacionadas con ésta, como el infarto de miocardio y la arteriosclerosis; menos posibilidades de contraer enfermedades crónicas de tipo inmunitario, tales como colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn o diabetes.

Además, la lactancia materna establece un vínculo afectivo tan intenso entre hijo y madre que no sólo tiene efectos enormemente gratificantes para ambos, también tiene acción protectora contra el desapego de la madre, el rechazo, la negligencia en el cuidado del bebé y los malos tratos. Este efecto protector se produce en todos los mamíferos; cuando una gata amamanta a su prole la identifica como suya, pero cuando un gatito es separado de su madre durante unos días, al devolvérselo puede no reconocerlo y, a veces, incluso rechazarlo. Uno de los métodos preventivos más sencillos contra los malos tratos infantiles es que la madre amamante y acaricie a su hijo desde el mismo momento del nacimiento.

En definitiva, la leche de mujer está siempre dispuesta, caliente, estéril, y su composición es la perfecta, no pudiendo igualarla ninguna leche artificial. Aunque algunas mujeres tienen miedo de que su leche sea aguada, porque durante los primeros días producen una leche —el calostro— poco espesa debido a su escasa cantidad de grasa, esta leche es normal. Las madres actuales o futuras debéis saber que no existe leche materna de baja calidad; todas son buenas en ausencia de enfermedad, mucho mejores que la leche artificial por muy enriquecida, adaptada, humanizada o perfeccionada que la presente el fabricante.

¿Protege la lactancia materna a la madre?

En contra de lo que se ha difundido, la lactancia materna protege también a la madre, tanto durante el tiempo que dura ésta como después, ya que algunas enfermedades como la osteoporosis (pérdida de calcio de los huesos y mayor riesgo de fracturas), el cáncer de ovario y el cáncer de mama son menos frecuentes en las mujeres que han amamantado que en las que no lo hacen. Además, amamantar a su hijo es para la mujer una experiencia única que le aporta una plenitud que le influye emocional y afectivamente.

Las mujeres que dan el pecho a su hijo pierden antes el peso

ganado durante el embarazo y tienen menos anemia posparto. Su figura no se deteriora física ni estéticamente, porque el estado fisiológico normal de la mujer embarazada es que sus pechos produzcan leche. Lo contrario, frenar la secreción láctea, es modificar, alterar artificialmente con medicamentos, la biología de la mujer.

¿Ahorra sufrimientos y dinero la lactancia materna?

Alimentar con el pecho ahorra en economía y sufrimientos al bebé, a su familia y a la sociedad. Al bebé le ahorra enfermedades, días de fiebre, de tos, de decaimiento y malestar, dolores de oído, garganta, intestino...; en definitiva, días de riesgo e incomodidades.

Los padres ahorran dinero en la adquisición de medicamentos, desplazamientos y honorarios médicos. También tiene una importante repercusión en el aspecto laboral, debido a la disminución de las bajas que se producen, ya que los niños enfermos representan una de las causas más frecuentes de absentismo de las madres que trabajan fuera de su hogar.

La familia ahorra el dinero destinado a la compra de la leche artificial, cuyo presupuesto anual puede ascender a seiscientos euros. Los niños pueden tomar la leche de su madre durante un año, aunque a partir de los cinco o seis meses necesitarán, como verás en los capítulos siguientes, algún alimento más.

La sociedad ahorra en lo que respecta a la preparación y comercialización de la leche artificial, proceso que incluye gastos de extracción de la leche de vaca, preparación, esterilización, envasado, transporte y comercialización.

En definitiva, la leche de la madre es, además de óptima para las necesidades del bebé, barata y ecológica.

¿Hasta cuándo se debe alimentar con pecho?

Los organismos expertos en nutrición infantil recomiendan alimentación exclusiva con pecho durante los primeros cinco o seis meses de la vida del niño, y luego continuar el amamantamiento,

junto con las comidas complementarias adecuadas, hasta los dos años de vida. Estas recomendaciones están basadas en los consejos de la Organización Mundial de la Salud y de las sociedades científicas de la mayoría de los países europeos y americanos, entre otras la Asociación Española de Pediatría y la Academia Americana de Pediatría.

Si la ganancia de peso es la adecuada (para saberlo, debes consultar con tu médico), es suficiente la lactancia materna durante los seis primeros meses de vida. Si es inadecuada o escasa, tienes que complementarla con biberón de leche artificial. A partir de los cinco o seis meses, los niños necesitan otros alimentos, además de leche. Éstos serán cereales, frutas, verduras, introduciéndose nuevos alimentos como carne, pollo, pescado o yogur en las semanas o meses siguientes. Aunque después, como postre, se continúe con la leche materna, que aporta, además de elementos nutritivos, un sedante biológico natural.

¿Cómo se amamanta? Técnica para amamantar

Debes acercar el pecho a la boca del bebé nada más nacer o lo antes posible. Éste succionará, aunque no tenga hambre, porque el propio reflejo de succión hará que se introduzca el pezón en su boca. Aunque no succione, es adecuado que tu hijo permanezca sobre tu cuerpo con la boca cerca del pezón. El bebé duerme y despierta, y en estos momentos chupa del pezón, acción muy importante para que se estimule la producción de tu leche. Las dos claves más importantes para que el pecho produzca leche son la succión del pezón y el deseo de amamantar. Ambas señales pueden y deben activarse desde el mismo momento del nacimiento, también en las siguientes horas, días y meses. La leche de los primeros días, el calostro, es amarilla, de aspecto aguado y sale en escasa cantidad. En estos primeros días, los niños pierden peso porque la leche les proporciona, más que sustancias nutritivas, agua, proteínas y agentes que los protegen de las infecciones. La pérdida de peso es, en realidad, pérdida de agua. Entre los primeros tres a seis días comienza la ganancia de peso del bebé y tu pecho parece segregar mayor volumen de leche. En estos primeros momentos, el pecho puede estar dolorido, sensación que desaparece en los siguientes días, por ello es importante que la madre lo soporte con paciencia y no deje que esta situación la lleve a suspender la lactancia materna.

Aunque el niño permanezca agarrado mucho tiempo a tu pecho, succiona sólo durante pocos minutos, antes de cinco o seis minutos ha

vaciado el pecho, y después se duerme. A veces, mama en varios tiempos, durmiendo entre succión y succión. El bebé no suelta el pezón, pues lo utiliza como calmante. Algunos niños chupan de un tirón, otros son más perezosos. Todas las pautas de alimentación con pecho son normales, porque los tiempos y tipos de alimentación de los niños pequeños son, al igual que los de los adultos, muy variables. Durante las primeras semanas de vida la frecuencia de las tetadas debe ser «a demanda», asegurando al menos ocho tomas al día. Durante este período los niños pueden y deben comer cada hora o cada dos horas, haciendo intervalos cuando lo deseen de no más de cuatro horas. En las siguientes semanas, generalmente a partir del primer mes de vida, los lactantes autorregulan su digestión y comen cada tres o cuatro horas, de seis a siete veces cada día. Los niños autorregulan tanto la frecuencia como la duración de las tomas.

Algunos niños sólo quieren un pecho. Éstos, en la siguiente tetada, deben recibir el pecho contrario. Otros toman de los dos pechos. Es muy importante que vacíen el pecho porque la composición de la leche es diferente a lo largo de la toma, la última leche contiene más grasa, por tanto, deja más satisfecho al bebé y engorda más. Después de la toma debes lavarte el pezón y la areola con agua caliente; antes de la siguiente toma no es necesario hacerlo para que el olor de la leche atraiga y estimule la succión de tu hijo. Entre pecho y pecho debe tener un descanso, para que el estómago dilatado por el gran volumen de alimento tomado, en proporción con su escaso peso, se vacíe parcialmente. Durante este descanso debe eliminar el aire, para ello se le dan palmaditas en la espalda, colocándolo en posición vertical y recostando la cabeza sobre el hombro materno o paterno, aunque si no lo elimina, no te preocupes, es porque el niño no lo necesita. El hipo, que es normal y desaparece espontáneamente en los siguientes minutos, está producido por la gran distensión del abdomen al finalizar la toma. No necesita tratamiento.

La posición más adecuada para amamantar es la posición más confortable para la madre; puede ser sentada, mejor con la espalda apoyada, reclinada o tumbada. Estar en una postura incómoda entorpece el momento placentero de la tetada, acortando su duración. La postura incómoda disminuye o suprime uno de los estímulos para que el pecho produzca leche, el deseo de amamantar. Para el bebé son buenas todas las posturas que le permitan succionar, pero es mejor que la cabeza, el cuello y el cuerpo estén alineados, es decir mirando en la misma dirección, en dirección al cuerpo de su madre. La nariz del bebé debe estar frente al pezón de su madre.

Puedes consultar dos web: <www.e-lactancia.org> y <www.La

LigaDeLaLeche.es>.

¿Cómo saber si amamantas bien a tu hijo?

Existen diferentes indicadores que permiten conocer si la toma de pecho que realiza tu hijo es la adecuada o no; son señales fáciles de comprobar observando tanto la postura del niño al succionar como la tuya, así como otros indicadores que permiten asegurar que la leche pasa adecuadamente de tu pecho a su estómago.

Los bebés de corta edad, los que tienen menos de cuatro semanas de vida, seguramente están bien amamantados si cumplen las siguientes señales:

— El bebé está en estrecho contacto con su madre.

— Existe contacto visual, el bebé mira a la cara de su madre y ésta a su hijo.

— La madre permanece relajada y cómoda durante la toma.

— La barbilla del bebé está tocando el pecho de su madre.

— La cabeza y el cuerpo del bebé están bien alineados.

— El cuerpo del bebé está bien sujeto.

— La nariz del bebé está frente al pezón que le alimenta.

En los lactantes mayores de un mes hay otros signos que sugieren que la toma de leche se está realizando bien:

— El niño mantiene la boca muy abierta, buscando el pezón.

— Sus labios están evertidos, sacados hacia fuera.

— Las mejillas permanecen llenas mientras succiona leche.

— El niño mantiene la lengua rodeando el pezón y la areola de su madre.

— Los movimientos de succión son lentos y con fuerza, con pequeños descansos.

— Se pueden escuchar ruidos al tragar el alimento.

— Puede observarse directamente al niño tragar.

Sin embargo, debe sospecharse dificultad en la toma cuando exista alguno de los siguientes signos:

— Los hombros de la madre están tensos, rígidos, inclinados hacia su bebé.

— El cuerpo del bebé está lejos del de su madre.

— La cabeza y el cuello del bebé están girados respecto a la cabeza, no están alineados.

— Su barbilla no toca el pecho de su madre.

— No existe contacto visual entre madre e hijo.

— El bebé sólo está sujeto por la cabeza y el cuello, no por el cuerpo.

— El bebé no se acerca al pecho con la nariz, sino con el labio inferior.

Cuando no es un bebé de menos de un mes, sino un lactante de mayor edad, debe sospecharse que la toma no se está realizando de manera adecuada, si el lactante tiene:

— La boca poco abierta.

— Los labios están apretados o invertidos hacia dentro, la lengua no se le ve.

— Las mejillas permanecen hundidas al mamar, no llenas.

— Los movimientos de succión son rápidos y superficiales.

— No se escuchan ruidos al tragar, sólo chupeteo como chasquido.

Existen algunos datos que indican que la leche pasa adecuadamente desde el pecho de la madre a la boca del niño.

— Durante la tetada el bebé se relaja progresivamente, primero los brazos, después las piernas.

— El pecho se ablanda conforme pasan los minutos de la tetada.

— Por el otro pezón salen algunas gotas de leche.

— Al finalizar la toma el bebé suelta el pecho espontáneamente, señal de saciedad.

Son señales de mala transferencia de leche los siguientes indicadores:

— El niño está intranquilo, exigente, soltando y cogiendo el pecho intermitentemente.

— La madre no nota dolor ni molestias en el pecho o pezón.

— El pecho no se ablanda conforme transcurre la toma.

— El pecho permanece duro, hinchado, y la madre tiene que retirar al niño del pecho, porque no se suelta voluntariamente.

¿Lactancia artificial o banco de leche?

Alguna toma o algunos días quizá no puedas amamantar, debido a obligaciones laborales o sociales imposibles de posponer. Esto suele suceder después de la baja laboral materna, cuando tienes que incorporarte a tu trabajo, momentos en los que frecuentemente se sustituye la lactancia materna por la artificial. Es más adecuado para el bebé continuar con la lactancia materna, amamantándole

directamente en la toma que las obligaciones laborales o sociales te permitan, por ejemplo antes de salir de casa, al regresar y durante el tiempo que permanezcas en ella, complementando la alimentación con biberón de leche materna procedente de un banco de leche casero. Evidentemente no todos los trabajos son iguales, en algunos es imposible o difícil continuar con la lactancia materna, pero en otros puede continuarse de manera parcial o incluso total.

En las semanas anteriores a la incorporación a tu trabajo puedes almacenar tu leche en recipientes limpios que se adquieren en farmacia o en biberón, también puedes extraerte la leche durante las horas de trabajo. Esta leche, que se extrae con sacaleches, se conserva sin perder propiedades en el frigorífico durante seis días, o congelada durante cuatro a seis meses, dependiendo de la temperatura del congelador. La leche debe guardarse en las bandejas del interior del frigorífico, no en la puerta. Complementar con tu leche la leche artificial es ofrecer a tu hijo una garantía de salud.

Cuándo es aconsejable la lactancia artificial

Cuando no es posible la lactancia materna debido a enfermedades o problemas de la madre o del niño, la lactancia artificial proporciona los nutrientes adecuados para el crecimiento. Si no puedes amamantar a tu hijo no debes sentirte mal, no eres mala madre por ello, puedes ser tan buena o mejor que las que dan el pecho; esto debes entenderlo como una opción, sólo tú tienes capacidad para amamantar. Puedes y debes imitar los aspectos positivos y ventajosos de la lactancia materna, como son respetar el apetito de tu bebé, los horarios, el volumen y la duración de las tomas. Durante éstas, puedes estar muy unida afectivamente a tu hijo, mirándole, hablándole, transmitiéndole los sentimientos que te embargan. El bebé no tiene que tomarse todo el biberón, él sabe instintivamente el volumen que debe tomar.

La leche artificial procede casi siempre de leche de vaca, que ha sido modificada para adaptarse a las necesidades del lactante. Se comercializa en forma de polvos o en forma líquida. La primera tiene que recomponerse diluyéndola en agua embotellada o del grifo, siguiendo las instrucciones indicadas en el envase. Sólo cuando el agua del grifo no tiene las garantías de salud necesaria, deberás hervirla durante uno o dos minutos o sustituirla por agua embotellada. Siempre tienes que mantener de manera estricta la relación polvos de leche y agua. Generalmente, la recomposición se realiza con un cacito

raso, aproximadamente cinco gramos de polvo de leche en treinta mililitros de agua —o sea, tres cacitos en noventa mililitros de agua y cinco cacitos rasos de leche, sin apelmazarlos, en ciento cincuenta mililitros de agua—. Nunca pongas más leche de la indicada, porque tu hijo podría enfermar. Los biberones y las tetinas deben estar hervidos o esterilizados químicamente, para ello, se introducen en un recipiente con agua y un producto químico que podrás encontrar en la farmacia, destinado a la esterilización. La preparación del biberón la realizarás en un ambiente limpio y siempre habiéndote lavado bien las manos. Finalizada la toma, la leche que queda en el biberón se tira, no se guarda. Después el biberón y la tetina se lavan con agua y jabón antes de guardarlos.

3. Problemas comunes para amamantar

Con demasiada frecuencia, las madres encuentran problemas para iniciar la lactancia materna o para continuar con ella cuando ya ha comenzado. La mayoría de las veces se debe a la ignorancia o a la mala información de la técnica de amamantar; otras veces se debe a la anatomía del pezón y sólo en algunas ocasiones se debe a la supuesta incapacidad teórica para amamantar. Estas razones en ningún caso justifican la retirada del pecho. Desgraciadamente, existe un gran desconocimiento y demasiados bulos que contribuyen a privar a los niños del alimento óptimo para su crecimiento; el único que, además, los vacuna y los previene contra múltiples enfermedades.

Tu hijo tiene todo el derecho a ser alimentado por ti, porque tu leche le protege. Tú también tienes el derecho de amamantarle, contribuyendo de esta forma a su salud. Se puede afirmar con toda seguridad que la retirada de la lactancia materna no está indicada casi en ninguna situación; a pesar de ello, se retira innecesariamente por las causas siguientes.

Dolor durante la tetada

Amamantar a tu bebé siempre es placentero; sin embargo, los primeros días puedes sentir dolor o molestias cuando tu bebé se engancha al pecho. En tal caso no te preocupes, aguanta, son molestias que suelen desaparecer antes de una semana. La causa más frecuente del dolor de pezones al amamantar es la mala posición del bebé; si la posición de su cuerpo no es la adecuada, succiona sólo el pezón y no toda la areola o mamila.

Cuando el dolor persiste después de los primeros días o es constante, no sólo cuando succiona, o si notas quemazón, sientes picor o pinchazos profundos, debes consultar a tu médico porque podrías tener una infección del pezón por hongos. En este caso no debes retirar la lactancia materna; el bebé y tú necesitáis un sencillo tratamiento, pero en ningún caso dejes de amamantarle. Cuando el dolor es muy intenso o tienes miedo de que tu bebé se agarre al pezón porque te parece que el dolor es insoportable, puedes dejar descansar el pezón (sácate leche para varias tomas y adminístrasela con un biberón); también puedes tomar un analgésico, tipo ibuprofeno, una

media hora antes de la tetada.

Grietas

Son una de las principales causas de abandono precoz de la lactancia materna. Las grietas aparecen al principio, generalmente antes de la semana de lactancia, y suelen producirse por la mala postura del bebé respecto al pecho, lo cual provoca que las encías del bebé compriman fuertemente el pezón de su madre. Además del dolor, puede aparecer sangrado o vómito con sangre. Las grietas no deben ser tratadas con pomadas cicatrizantes ni antibióticos; sólo precisan que se limpie el pezón después de finalizar la toma y que se corrija la posición para que la boca del niño abarque una gran parte de la aréola y no sólo el pezón. Es conveniente comenzar la tetada por el pecho sano para que la succión con gran avidez del principio sea en el pecho sano, no en el otro. Las pezoneras de silicona blanda pueden ser útiles en algunos casos.

Ingurgitación de las mamas

La congestión o ingurgitación más o menos intensa de las mamas es normal a partir del tercer día del parto, porque en esos días la producción de leche aumenta rápidamente y el bebé puede no saber extraerla toda. Por eso, los pechos se pueden poner tan duros que parece que van a explotar. La ingurgitación es molesta pero disminuye o desaparece hacia el final de la primera semana después del parto. A veces tus pechos están tan duros que el bebé no se puede agarrar. En ese caso, debes apretar con los dedos de ambas manos sobre la aréola, en la base del pezón, intentando hundir la mano durante unos minutos; de esta manera aparecerán algunas gotas de leche que estimularán la succión del bebé y le permitirán también agarrar mejor tu pezón.

La ingurgitación, que es normal, se previene iniciando la lactancia nada más alumbrar al bebé, y también dejándole que tome con mucha frecuencia, con la que él quiera. Cuando el recién nacido no se puede enganchar al pecho o éste duele, puedes sacarte pequeñas cantidades de leche para aliviar la tensión y facilitar el agarre al pezón; para eso se utiliza el sacaleches.

La ingurgitación o congestión del pecho no justifica, en ningún caso, la retirada de la lactancia materna, ya que en pocos días dejará de ser un problema.

Pezones planos

Algunas mujeres tienen pezones pequeños, tan aplanados que el bebé puede tener dificultad para atrapar, sujetar y mantener el pezón dentro de su boca. Por el hecho de tener los pezones planos tampoco debe retirarse o no iniciarse la lactancia materna. Si ése fuera tu problema, puedes ayudar a tu bebé apretándote con fuerza la aréola mamaria con dos dedos, el índice y el pulgar; esto permite que el pezón salga del pecho y facilita que tu bebé se pueda agarrar al pezón. En estos casos, la mejor postura para realizar las tomas es colocando el cuerpo del niño debajo de tu axila, sujetando su cabeza con la mano del mismo lado, mientras con la otra aprietas la aréola para que el pezón sobresalga y protruya.

También puedes emplear pezoneras, que encontrarás en las farmacias. Las pezoneras deberías utilizarlas sólo ocasionalmente, alternándolas con la técnica descrita anteriormente, y con la extracción y la posterior administración de tu leche con un biberón.

Mastitis

La mastitis es la inflamación de una parte de la mama. Se origina, generalmente, por la acumulación de leche producida por la obstrucción de un conducto de los que transportan la leche al pezón, y también cuando no se vacía toda la leche producida. Más tarde puede infectarse. En ambos casos, con infección o sin ella, si tienes mastitis tendrás dolor únicamente en un pecho, y sólo en una parte, generalmente donde está la obstrucción o la infección. El dolor mejorará al finalizar la toma y aumentará al empezar la siguiente. También podrás tener enrojecimiento y aumento de calor en la zona dolorida, a veces fiebre elevada, y sentirás malestar y estarás desganada.

Si tienes mastitis, en ningún caso dejes de amamantar a tu hijo (tampoco si la mastitis te produce fiebre), porque la leche continúa siendo buena para él y es muy bueno para ti que continúe sacándote la leche. Debes darle las tomas más frecuentemente, siempre comenzando por el pecho con mastitis. Es bueno que, mientras tu hijo succiona, te des masajes en el pecho, avanzando desde donde está la zona dura y dolorosa hacia el pezón, en un intento de enviar leche hacia el exterior. Entre toma y toma puedes aliviar el dolor con la aplicación de calor local en la zona dolorida, también con analgésicos antiinflamatorios, tipo ibuprofeno. Si tienes fiebre, consulta a tu médico, porque quizás necesites tomar antibióticos.

En ningún caso la mastitis justifica la retirada de la lactancia

materna; tampoco cuando cursa con fiebre alta o aunque tomes antibióticos para curarte.

No tengo suficiente leche

Ésta es, seguramente, la causa más frecuente de fracaso de la lactancia materna: la creencia errónea de no tener suficiente leche o de que la composición de la leche no es la adecuada, que está aguada o es incompleta. Se sabe que la composición de la leche materna se mantiene incluso en caso de malnutrición materna, porque es el «seguro» del mantenimiento de la especie. La leche de la madre siempre es adecuada; cambia en cada época de la lactancia, con la edad del niño, y también en cada momento de la misma tetada. En la primera parte de ésta sale una leche menos viscosa, porque es mucho más rica en agua y proteínas, mientras que al final de la tetada la leche es más gruesa, más viscosa, porque es mucho más rica en grasas, nutriente que aporta al niño sensación de saciedad.

Las mujeres sanas producen el volumen de leche que necesita su bebé, nunca menos; este volumen es el necesario para que el crecimiento y la actividad del bebé sean los adecuados a cada edad. No se trata de tener un hijo gordito, sino un hijo sano. Esto se puede asegurar si continúas con la lactancia materna, a pesar de que creas que no produces suficiente cantidad de leche o que ésta no alimenta bien al bebé. Ni el llanto de tu bebé significa, necesariamente, hambre —quizás necesita más contacto físico contigo, más caricias o un chupete—, ni tu bebé tiene que comer a unas horas determinadas, como en un cuartel, sino cuando él lo demande, cuando lo pida, sobre todo durante las primeras semanas de vida. Si gana unos ciento cincuenta gramos cada semana, su alimentación por medio de tu leche es la adecuada. Además, tu producción de leche no es siempre la misma, puede momentáneamente disminuir por estrés, ansiedad o desconfianza en ti misma. Si tuvieras dudas sobre la idoneidad de tu leche, consulta a tu médico; mientras, vive lo más tranquila y relajada posible, sobre todo en los momentos de la toma, y confía en ti y en tu hijo, pero no le retires el pecho, por favor. Lee nuevamente el capítulo anterior y comprueba si los indicadores o señales relativos a la idoneidad de la toma son los adecuados, tanto por tu parte como por la de tu hijo.

Mitos sobre la lactancia materna

Existen múltiples mitos sobre cómo producir mejor o más cantidad de

leche. Son creencias que circulan y que se transmiten incluso de generación en generación, de madres a hijas. Algunas de estas creencias pueden ser contraproducentes; otras simplemente son erróneas. Los mitos más frecuentes son los siguientes:

Algunos alimentos producen cólicos o gases. Ningún alimento que tome la madre provoca gas en la leche ni en el niño; por consiguiente, las madres pueden tomar todas las verduras, legumbres, frutas y bebidas gaseosas que deseen, porque ninguna produce cólicos en su hijo.

Algunos alimentos alteran el sabor de la leche. Aunque efectivamente los espárragos, los ajos, las alcachofas y las cebollas cambian el sabor de la leche, esto no significa que el bebé lo aprecie y, por tanto, no provoca el rechazo del pecho. Algún estudio ha demostrado todo lo contrario: que el ajo, por ejemplo, mejora la lactancia materna porque aumenta la apetencia del niño por la leche de su madre.

Algunos alimentos aumentan la producción de leche. La producción de leche se mantiene independientemente de la cantidad y calidad de los alimentos que consuma la madre. No existe ningún alimento que aumente la producción de leche, del mismo modo que la producción de leche tampoco aumenta por tomar más leche o productos lácteos, porque la leche que produce la madre no tiene nada que ver con la que ingiere. Si te apetece beber leche, hazlo, pero no te fuerces y no te preocupes, porque tu leche seguirá siendo buena. Ningún otro mamífero bebe leche mientras amamanta a su prole.

Tampoco es cierto que las madres necesiten comer alimentos enriquecidos con calcio o comer más cantidad (por dos), porque durante la lactancia utilizan las reservas almacenadas durante el embarazo y en consecuencia durante el tiempo que amamantan al niño pierden peso. Las madres deben comer variado, equilibrado y para uno, no para dos; si hacen esto, ganarán peso. Las almendras, los frutos secos, las sardinas o las infusiones no aumentan la producción de leche. Sin embargo, la cerveza con o sin alcohol estimula la hormona de la que depende la producción de leche, la llamada prolactina. Si te gusta la cerveza, tómala, pero sin alcohol.

Las mujeres con poco pecho producen poca leche. Esto no es cierto, porque el tamaño de los pechos depende más de la grasa que tienen que de los conductos encargados de fabricar la leche. Por ello, una mujer con poco pecho puede amamantar con las mismas garantías que otra con pechos voluminosos.

Durante la lactancia no se puede practicar ejercicio físico. El ejercicio físico moderado siempre es saludable, incluso durante el embarazo y la lactancia. Debe practicarse mejor después de finalizar la toma, no

antes, porque en tal caso algunos niños rechazan la leche.

Con diarrea se suspende el pecho. Ni la diarrea de la madre ni la del niño aconsejan suspender la lactancia materna; al contrario, ésta es muy buena para la diarrea del bebé.

Durante la lactancia no es posible quedarse embarazada. Esta creencia no es totalmente cierta. Aunque el riesgo de embarazo disminuye siempre que la madre amamante cinco o seis veces al día, ésta puede quedarse embarazada, especialmente cuando el niño toma otros alimentos o recibe lactancia mixta, natural y artificial.

Durante la lactancia no se aconseja mantener relaciones sexuales. Después del parto y durante la lactancia, la madre puede sufrir cambios psíquicos y emocionales, debido por una parte a los intensos cambios hormonales que sufre durante este período y también a las potentes emociones que necesita entender y aceptar. Alimentar al pecho ni dificulta ni impide mantener relaciones sexuales completas; sin embargo, éstas deben reiniciarse cuando la madre, no su pareja, lo desee, porque con frecuencia la mujer está dolorida, cansada, o tan emocionada que necesita otro tipo de relaciones más afectivas, más cariñosas, cercanas o íntimas, sin penetración. Es normal que después del parto, sobre todo si existió episotomía y puntos o cesárea, el dolor aconseje retrasar el coito hasta que la madre se sienta preparada; ese momento es personal y no debe acelerarse.

Durante la lactancia no se pueden tomar píldoras anticonceptivas. Esta creencia es falsa. Durante la lactancia pueden tomarse píldoras anticonceptivas con el fin de evitar la ovulación. Como generalmente la menstruación no se ha producido, la píldora puede empezar a tomarse en cualquier momento. También puede usarse la píldora postcoital (una sola dosis en las primeras 72 horas después del coito de riesgo), métodos de barrera (preservativo, diafragma, espermicida en crema, gel u óvulos) o un dispositivo intrauterino.

Medicamentos y lactancia

Es frecuente que las madres duden o consulten si pueden tomar ciertos medicamentos o sustancias mientras amamantan, ante el temor de que estas sustancias puedan perjudicar a su bebé, al pasar a éste a través de su leche. En general, los medicamentos de uso común pasan a la leche materna, pero en cantidades pequeñas que no contraindican continuar amamantando, porque los beneficios de la lactancia son muy superiores a los perjuicios de recibir estos medicamentos. Por ello pueden tomarse analgésicos, antibióticos y otros muchos medicamentos de uso común.

Sin embargo, durante la lactancia natural la madre no puede tomar alcohol porque no sólo pasa al bebé, sino que además reduce la producción de leche. Tampoco puede tomar dosis altas de nicotina ni de cafeína (máximo dos o tres tazas de café al día), ni tomar demasiado té, mate ni mucho chocolate. No puede consumir ninguna droga de abuso, como cocaína, marihuana o heroína, ni drogas psicótropas, como las anfetaminas, porque estas drogas se concentran mucho en la leche y en consecuencia el bebé ingiere dosis tóxicas. Sin embargo, la metadona es compatible con la lactancia materna siempre que la dosis sea inferior a 20 mg diarios.

Las madres con cáncer o en tratamiento con quimioterapia tampoco pueden amamantar, o al menos necesitan información de los riesgos y beneficios que estas drogas tienen para su bebé. Toda la información relativa a la compatibilidad de medicamentos, plantas y tóxicos con la lactancia materna se puede consultar con el médico o en la web <www.e-lactancia.org>.

4. Cuidados del recién nacido en la primera semana de vida

Cuidados del recién nacido sano durante los primeros dos días de vida

Durante estas primeras cuarenta y ocho horas de vida debes colaborar en los cuidados de tu hijo, especialmente en lo que se refiere a la higiene, nutrición, control de la vestimenta y temperatura, también en la observación de su actividad y sueño. En estos primeros dos días de vida seguramente se le administrará, por vía intramuscular, la primera dosis de la vacuna de la hepatitis B. También se le extraerán unas gotas de sangre del talón del pie, que tienen por objeto confirmar la ausencia de algunas enfermedades raras que necesitan ser descartadas en estos primeros días de vida; son alteraciones congénitas del metabolismo de los alimentos y otras enfermedades, como el hipotiroidismo congénito o la fenilcetonuria. Lo óptimo es hacer un análisis que descarte el mayor número posible de enfermedades congénitas, actualmente muchas, como la fibrosis quística y otras. Pero este despistaje no siempre se realiza, generalmente por motivos económicos. Este mismo análisis, con sangre del talón, antes se repetía a la semana de edad, ahora con un solo análisis basta.

Antes del alta es conveniente descartar la existencia de sordera mediante un sencillo, inocuo y no doloroso procedimiento que consiste en comprobar si el sonido pasa del oído al cerebro; para ello existen dos métodos, el de Potenciales Evocados Auditivos y las Otoemisiones. Estas pruebas también pueden realizarse en los siguientes días o semanas.

La higiene que tu hijo necesita en estos primeros días consiste en la limpieza y baño con agua tibia y con jabón neutro, secado con toalla caliente y la cura del ombligo. Esto se realiza aplicando una gasa estéril alrededor del ombligo, seca o mojada, con alcohol al 70 por ciento; se hará dos veces al día o cuando el cordón umbilical se ensucie con heces. Nunca se debe limpiar ni aplicar en el ombligo

Betadine®, ni ninguna otra solución yodada, puede hacerse con clorexidina. El pañal de tu hijo debe ser cambiado tantas veces como haga deposiciones o micciones, con objeto de que éste y su culito estén siempre secos.

La comida. Tu hijo tiene derecho a ser alimentado de manera natural por ti; la lactancia materna es insustituible, al ser la única leche que tiene todos los requisitos para asegurar un crecimiento y desarrollo óptimos de tu bebé. Aunque existen en el mercado muchas leches artificiales denominadas maternizadas, adaptadas o similares a la leche materna, se parecen sólo en el nombre, no en su composición.

Iniciarás la lactancia materna nada más nacer o en las primeras horas, mejor en la primera media hora, acercando la boca del niño a tu pezón, para que la succión que él realiza estimule la producción de leche. En estos primeros días las tomas serán frecuentes, mientras más chupe de tu pecho, más leche producirás. Primero saldrá una leche aguada, llamada calostro, que es muy rica en sustancias antiinfecciosas, la leche definitiva puede tardar unos días en aparecer.

La duración máxima de la tetada es al principio libre, después de unos diez minutos en cada pecho, comenzando siempre por el último pecho de la toma anterior. La frecuencia es «a demanda»: puedes ponerlo al pecho, en estos primeros días de vida, una vez cada dos o tres horas, más adelante él se regulará, y si toma con más frecuencia es porque lo necesita. En ningún caso le ofrezcas un biberón de ayuda de leche artificial, porque en este caso tu leche puede no aparecer. Ésta es la causa más frecuente de perder la lactancia materna, además es una forma de sensibilizar a tu hijo contra la leche de vaca, facilitando después las alergias. El hambre le hará succionar más, y ésta y tu confianza son los mejores estímulos para la producción de leche. Antes de darle el pecho, lávate bien las manos, pero no el pecho, para que su olor le estimule a cogerlo, esto lo harás al final de la tetada, con agua o suero salino fisiológico.

Cuando no puedas o no quieras, después de haber sido informada de las ventajas de la lactancia materna, ventajas que puedes leer con detenimiento en el anterior capítulo de este libro «Pecho o biberón. Lactancia materna o artificial», o en los raros casos en que el médico te aconseje lactancia artificial, entonces debes aprender a preparar el biberón.

La lactancia artificial puede iniciarse un poco más tarde, hacia la sexta hora de vida. Se prepara con agua mineral y polvos de leche adaptada, especial para recién nacidos o con biberones ya preparados para su uso. Si estás en la clínica o en el hospital, la traerán ya preparada; si estás en casa, la leche puede adquirirse en las farmacias

en forma líquida o en polvos, esta última forma se reconstituye añadiendo un cacito raso leche en polvo a treinta mililitros de agua. El primer día se inicia con diez o quince mililitros por toma, seguido de veinte o veinticinco mililitros por toma el segundo día de vida; el tercero, treinta o treinta y cinco mililitros; cada día puedes preparar diez mililitros más en cada toma. Éstas se repiten alrededor de cada tres horas, sumando un total de siete a nueve tomas al día, dejando una pausa nocturna de cinco o seis horas, si el bebé lo acepta. No es necesario ser muy exigente con el volumen de los alimentos, algunos recién nacidos toman menos y otros necesitan más.

El meconio, las deposiciones y la orina. La primera deposición que realizará tu hijo será espesa y de color negro como el alquitrán; es el meconio. En las primeras micciones puede dejar en el pañal una mancha de color rojo que simula sangre sin serlo, es un pigmento que se elimina por la orina, llamado ácido úrico. La primera deposición y micción aparecen antes de finalizar el primer día de vida, cuando no es así debes comunicárselo a tu médico. Las siguientes deposiciones, llamadas de transición, adquieren un color más verdoso o amarillo, siendo su frecuencia normal tanto una sola deposición por día como una por toma, es decir, de siete a nueve deposiciones cada día; es normal tanto la deposición casi líquida con grumos amarillos verdosos como la de heces compactas, pero no duras. También es normal que la deposición se acompañe de un ruido por movimiento del intestino.

Examen general del recién nacido en los primeros dos días de vida

La Organización Mundial de la Salud y la mayoría de las sociedades científicas de pediatría del mundo, entre ellas la Asociación Española y Americana de Pediatría, recomiendan que todos los recién nacidos sean examinados por un médico, preferiblemente pediatra, dentro de las primeras veinticuatro horas de vida y antes del alta del hospital, que lógicamente debe hacerse en condiciones de normalidad, usualmente dos días después del nacimiento. Cuando el parto se ha realizado en casa, el bebé también debe ser examinado por un médico, que además te asesorará sobre los cuidados que necesita tu hijo, los síntomas de anormalidad y de normalidad.

Esta primera exploración debe ser completa, desde la cabeza a los pies. Se examina primero la actitud y la movilidad espontánea, después se inspecciona la cabeza buscando cefalohematomas —líquido

blando que fluctúa, que corresponde a sangre situada debajo de la piel del cuero cabelludo, en el exterior del cráneo, no en su interior; en los huesos laterales de la cabeza y no en el centro—, que es una hemorragia en el cuero cabelludo, producida durante el momento del parto.

Los cefalohematomas no deben pincharse, tardan en resolverse entre cuatro y ocho semanas. La lesión más frecuente del parto, especialmente en los que se aplicó ventosa para facilitar la salida de la cabeza, se denomina *caput sucedaneum*. Consiste en una colección blanda en forma de casquete situada en la zona occipital de la cabeza, alrededor de la coronilla. Desaparece sin tratamiento en unos días. Después, el médico explora los ojos, las pupilas y el color de las conjuntivas, la boca y la integridad de las clavículas, ya que es muy frecuente la fractura de una de éstas durante la fase del parto, en la que se expulsan los hombros. La fractura de clavícula puede pasar desapercibida y ser diagnosticada días o semanas más tarde por la palpación del callo de fractura o porque el recién nacido llora de dolor cuando se le mueve para alimentarle o cambiarle. Observar la postura de los brazos, su movilidad y la postura de la mano es decisivo para diagnosticar precozmente la parálisis braquial. Ésta se produce por la rotura del paquete nervioso que ordena la movilidad de la extremidad superior; en consecuencia, la mano y el brazo del lado afectado no pueden moverse.

El bebé será examinado completamente desnudo, debajo de una fuente de calor para evitar que se enfríe. El médico auscultará el corazón y los pulmones, palpará el abdomen, descartará la existencia de masas o hernias en las ingles o en el abdomen e inspeccionará los genitales externos para comprobar la presencia de ambos testículos en sus bolsas, así como la normalidad del meato urinario o lugar por donde sale la orina al final del pene y la normalidad de los genitales femeninos. También palpará ambos pulsos arteriales en la ingle, correspondientes al pulso de las arterias femorales; con ello, se descarta la existencia de una grave enfermedad en la arteria más importante del cuerpo, llamada coartación de aorta. El médico movilizará las caderas para comprobar su normalidad y por último realizará una exploración minuciosa del estado neurológico, que evaluará por la postura y el tono muscular, el llanto, la succión y los reflejos propios del recién nacido llamados reflejos arcaicos.

Reflejos del recién nacido sano

Todos los recién nacidos sanos tienen reflejos; tu médico los explorará e interpretará para conocer si tu hijo está sano.

Los reflejos del recién nacido pueden obtenerse de manera provocada para el examen o la exploración, pero también pueden aparecer espontáneamente mientras cambias o cuidas a tu hijo, por eso es necesario que los conozcas y puedas interpretar su significado.

Reflejo de prensión. Consiste en que al colocar tu dedo índice en la palma de su mano, estando el bebé acostado boca arriba, intenta cerrar la mano con fuerza, atrapando tu dedo, de manera que es posible elevar todo su cuerpo sin que se desprenda el dedo índice atrapado. Este reflejo puede persistir tres o cuatro meses.

Reflejo de marcha. Aparece al colocar al recién nacido en posición vertical, agarrándole por las axilas, sobre una superficie plana; el bebé levanta una pierna y luego la otra como si quisiera andar, dar unos pasos. Este reflejo puede durar un mes.

Reflejo de moro. Consiste en un movimiento de extensión de los brazos, las piernas y los dedos, seguido de un movimiento de abrazo como para sujetarse, cierre de manos y extensión de la cabeza y el tronco hacia atrás. Este reflejo que puede durar cuatro o seis meses se desencadena fácilmente tras un ruido fuerte o al simular, estando semisentado el niño, una caída brusca hacia atrás.

Reflejo de búsqueda y succión. Considerado vital para la supervivencia de la especie porque facilita la alimentación de los recién nacidos. Este reflejo aparece al tocar suavemente la mejilla del niño, éste mueve la cabeza en la dirección del estímulo con la boca abierta, con la intención de alimentarse. Al colocar un objeto dentro de su boca, por ejemplo el dedo o tu pezón, el bebé comienza a succionar con fuerza.

Reflejo de Babinski. Se desencadena al pasar la punta de un objeto romo por el pie, desde el talón hasta el dedo gordo. El reflejo consiste en que el recién nacido levanta los dedos y voltea el pie hacia dentro. Dura entre seis y cuarenta y ocho meses.

La ausencia de estos reflejos o su persistencia durante más tiempo del normal pueden indicar algún déficit o enfermedad y en consecuencia debería ser conocido, valorado e interpretado por tu médico.

Después del segundo día de vida ya estarás más entrenada y más segura en el cuidado de tu hijo. Durante las jornadas siguientes, hasta

llegar a la semana, tendrás ocasión de observar el sueño, la vigilia, cómo come, si parece ansioso y glotón o si es tranquilo. Su color, su cuerpo desnudo cuando le cambias, su mirada tierna, su genio y tantos y tantos detalles que te irán llenando de sorpresa, y a veces también de preocupación, probablemente por desconocimiento del significado de algunas de las cosas que observas en tu hijo. El alta del hospital suele ser antes de las setenta y dos horas después del parto, generalmente al segundo día, excepto en los partos por cesárea, en donde el alta se retrasa cinco o seis días.

Antes del alta, tu bebé será nuevamente explorado por un médico que confirmará el óptimo estado de su salud. Puedes y debes preguntar las dudas que tengas.

Al sexto o séptimo día de vida puede ser necesario un nuevo análisis con la sangre del talón, sangre que debe rellenar o impregnar completamente los círculos de un papel secante, que te entregarán en el momento del alta del hospital. Esta sangre es para descartar una rara enfermedad llamada fenilcetonuria, que cuando no es diagnosticada y tratada precozmente con una alimentación especial puede producir daños graves en el niño. En el momento actual puede no ser necesario este segundo análisis.

Es aconsejable que inmediatamente antes de realizar cualquier técnica o procedimiento que pueda producir dolor, como el pinchazo en el talón o en una vena, tu bebé esté tomando el pecho o el biberón; de esta forma, la cantidad, intensidad y duración del llanto y del dolor son significativamente menores. Se ha demostrado —tanto en recién nacidos como en animales de experimentación a los que se inflige dolor— que, durante la succión para alimentarse, se liberan endorfinas, una especie de morfina natural que tiene un alto poder analgésico. Los niños, incluso los más pequeños, sienten dolor y esto no tiene ninguna utilidad; por ello hay que evitarlo también en estas edades de la vida.

Cosas normales en los recién nacidos que suelen preocupar a los padres

A continuación se detallan las observaciones que en la primera semana de vida suelen preocupar a los padres y que corresponden a variaciones de la normalidad y por tanto no son síntomas de enfermedad. No te preocupes si tu hijo tiene algunos de los siguientes síntomas.

— *Estornudos*. A esta edad, los estornudos no son un síntoma de resfriado, es un método natural, un reflejo de limpieza de las fosas nasales: a esta edad los niños no saben sonarse.

— *Regurgitación*. Es un pequeño vómito sin fuerza, el alimento sale por la boca o por las comisuras de los labios, como si le sobrara leche. Es normal a esta edad y en los meses posteriores. Es anormal, sin embargo, el vómito proyectivo, el que sale con fuerza.

— *Hipo*. Aparece al finalizar la toma, es signo de plenitud y desaparece en unos minutos.

— *Pérdida de peso*. El máximo permitido es del 8 al 10 por ciento del peso al nacer; por tanto, un niño que pese tres kilos al nacer, puede perder hasta trescientos gramos. Por eso los niños pesan menos al tercer o quinto día de vida, y lo recuperan antes del décimo día.

— *Ictericia*. Es el color amarillo de la piel y de las conjuntivas de los ojos. La ictericia llamada fisiológica es frecuente y normal, siempre que no aparezca antes del segundo o tercer día y desaparezca antes de la semana de vida y no sea muy llamativa ni intensa.

— *Mancha en la espalda*. Es normal la existencia de una mancha morada o violácea en la parte baja de la espalda, donde termina la columna vertebral. Si la mancha abarca una gran superficie, pero no tiene relieve, se llama mancha parda o mancha mongólica —la denominación no tiene nada que ver con el síndrome de Down—. Puede tardar semanas o meses en desaparecer (ver figura 1 al final de este libro).

— *Angiomas*. Son manchas rojas en la nuca, frente o párpados, que suelen desaparecer momentáneamente mientras se las aprieta con las manos, para reaparecer al dejar de apretar. Los angiomas están producidos por el mayor crecimiento de venitas o de capilares sanguíneos, no son antojos como popularmente se los conoce. Suelen desaparecer espontáneamente en los primeros meses de vida, generalmente antes del año.

— *Milium*. Son manchas blancas amarillentas en las aletas de la nariz y en la cara, muy pequeñas, como puntos nacarados. Corresponden a la secreción de las glándulas sebáceas de estas zonas del cuerpo y desaparecen espontáneamente sin tratamiento.

— *Sangre en los ojos*. La hemorragia conjuntival visible en forma de sangre en lo blanco de los ojos se produce en el momento del parto. Desaparece sin tratamiento en el período de unos días.

— *Eritema tóxico del recién nacido*. Consiste en unas pápulas, que son manchas con relieve de uno a tres milímetros de diámetro, rodeadas de un halo rojizo. Son como una urticaria, aparecen en número variable en cualquier parte del cuerpo, excepto en las palmas

de manos y pies. La causa es desconocida; a pesar del nombre son benignas y desaparecen espontáneamente en unos días.

— *Descamación de la piel*. La descamación de la piel, sobre todo en la palma de las manos y los pies, es normal. Es más frecuente en los niños nacidos después de las cuarenta semanas de gestación.

— *Inflamación de los pechos*. Puede aparecer en ambos sexos, incluso la emisión de unas gotas de leche; a veces, los pechos aparecen rojos, hinchados, simulando una mastitis sin serlo. Nunca deben exprimirse, sólo lavarlos con agua y jabón dentro de la higiene normal del recién nacido. Se produce porque los estrógenos, las hormonas maternas responsables del crecimiento mamario de la madre, pasan a través del cordón umbilical al bebé, aumentando también en éstos el tamaño de sus mamas.

— *Menstruación*. La sangre en la vagina de las niñas, como una pequeña menstruación, se produce por la misma causa que la anterior. También puede aparecer un flujo vaginal blanquecino que no es una infección; desaparece sin tratamiento en unos días.

— *Temblores*. Es normal la aparición de un pequeño temblor en la mandíbula, estando el bebé despierto, que desaparece unos minutos más tarde, pudiendo aparecer y desaparecer en los primeros días y semanas.

— *Sueño*. Los recién nacidos duermen casi todo el día, se despiertan para comer, o porque algo les impide descansar —ruidos, molestias, calor...—, y después vuelven a dormirse. Como los adultos, los recién nacidos necesitan tranquilidad, ausencia de estímulos y confort para dormir.

— *Temperatura*. La temperatura corporal es variable, no fija, oscila entre 36 y 37 ºC. Es anormalmente baja cuando es de menos de 36 ºC, lo que significa que el niño está poco abrigado, necesita más calor. La temperatura mayor de 37,5 ºC puede significar excesiva temperatura ambiental o ser un signo de infección. La temperatura ambiental adecuada para un recién nacido sano es de 22 a 25 ºC.

5. Cuidados y consejos durante el primer mes de vida

El período neonatal o de recién nacido comprende desde el nacimiento hasta el final de la cuarta semana; después, a los niños se los denomina lactantes.

El ombligo suele caerse entre el sexto y el décimo día de vida, pero a veces tarda más. Esto puede preocupar a los padres, sobre todo si persiste al final de la segunda semana. El cordón umbilical contiene vasos sanguíneos, dos arterias y una vena, que en los primeros días de la vida se secan, desprendiéndose generalmente antes de la segunda semana de vida. Cuando esto no sucede, habitualmente es porque el cordón permanece húmedo o, raramente, porque está infectado, en cuyo caso exuda un líquido maloliente y duele al tocarlo. Para que se desprenda, el cordón umbilical precisa de la momificación; el muñón del ombligo debe estar seco y duro, este proceso se favorece si el cordón está expuesto al aire, limpio y seco, no tapado con el pañal. El clip o pinza de plástico que se coloca al nacer para cortar el cordón umbilical que le permite separarse de la placenta de su madre puede cortarse cuando el cordón esté seco. Las curas del ombligo se realizarán con agua y jabón, después se coloca una gasa seca encima, sin alcohol ni antisépticos. No existe consenso entre los médicos respecto a la necesidad de utilizar gasas mojadas en alcohol del 70 por ciento o no, ya que éste puede mantener húmedo el cordón y retrasar su caída.

Sangrado del ombligo. Algunas veces la gasa que cubre el ombligo, una vez desprendido el cordón umbilical, o el pañal aparecen manchados con unas gotas de sangre (figura 2). Esto se produce por una cicatriz carnosa, llamada granuloma, situada en la cicatriz del muñón umbilical, dentro de la pared del abdomen. Su tratamiento es muy sencillo y consiste en unos toques que el médico practicará con barritas de nitrato de plata, sólo en los casos en los que el sangrado persista.

Hernia umbilical. Algunos ombligos sobresalen de la pared del

abdomen, unas veces por hernia umbilical, otras más frecuentes por el llamado ombligo cutáneo, llamado así porque simula un pequeño dedo que sobresale por fuera del abdomen. Esto es normal, no es signo de ninguna alteración ni indica que el ombligo definitivo tendrá este aspecto, ya que generalmente con el tiempo se retrae y desaparece.

Las hernias umbilicales tienen poca importancia, suelen disminuir hasta desaparecer sin tratamiento, unos meses más tarde. Nunca debes poner ombliguero ni esparadrapos a estas hernias.

La alimentación. En lo relativo a la duración de las tetadas o de la toma del biberón, el volumen y la frecuencia de éstas es muy variable y personal. Algunos recién nacidos devoran, finalizando la tetada o el biberón en pocos minutos, sin descanso, otros son más lentos y precisan unos minutos de descanso para volver a comer. El volumen de leche tomado en la lactancia materna es un secreto que afortunadamente sólo el bebé conoce. Esta cantidad es diferente de una toma a otra y muy diferente de un niño a otro. Lo importante no es el volumen de leche tomado, sino si éste es suficiente para crecer y desarrollarse adecuadamente.

En estas primeras cuatro semanas de vida, sucede como con los niños mayores y los adultos, la cantidad de calorías que una persona necesita para vivir es individual y depende de su actividad y de su metabolismo. Recuerda que los recién nacidos pierden peso durante los primeros días de su vida —el máximo permitido son cien gramos por cada kilo de peso—, por tanto, un recién nacido que nace con tres kilos de peso puede perder hasta trescientos gramos; después del cuarto o sexto día, comienza la recuperación, de forma que al décimo día o antes pesará igual que al nacer.

Después del décimo día de vida, un recién nacido debe ganar al menos ciento cincuenta gramos cada semana; recuerda que un mayor aumento de peso no significa más salud. Los niños alimentados artificialmente suelen ganar más peso porque generalmente no se respeta su apetito, se les hace comer tanto como la madre, el padre o el cuidador consideran adecuado. Sólo el niño sabe cuándo tiene que comer, si con la cantidad que tu bebé decide comer gana el peso antes anotado como normal, ésa es su dosis y no la que los cuidadores o el fabricante de la leche consideran normal. Respetar el apetito desde edades tempranas es la primera medida para prevenir la obesidad del niño mayor y del adulto.

La frecuencia de las tomas también es muy variable, algunos toman cada cuatro horas, esto es, seis tomas al día, pero otros quieren comer a todas horas. Lo más adecuado es ofrecer la alimentación «a demanda», esto es, cuando quieran, seis o diez tomas al día, hasta que

se regulen, cosa que se produce generalmente antes del mes de vida. En consecuencia, si tu bebé quiere comer cada dos o dos horas y media, es normal. Aunque esto sea cansado para ti, porque tu bebé no te deja tiempo para otras actividades, sé paciente, brevemente se regulará. También es normal tanto que haga la pausa nocturna como que coma cada tres horas, incluso por la noche. Una vez termine la toma, límpiate el pezón y la areola con agua o suero salino y evita las pomadas.

Tu hijo no necesita agua suplementaria. Reciba lactancia materna o artificial, su alimentación tiene agua suficiente para sus necesidades, incluso si es comilón, orinará mucho y muy frecuentemente, tanto que los pañales estarán siempre empapados, para desprenderse del agua que excede sus necesidades. Si tu hijo hace mucha orina, quiere decir que come mucho, si el volumen de orina es escaso y está recibiendo sólo lactancia materna, seguramente come poco; en ambos casos, consulta con tu médico. Debes ofrecerle agua sólo si tuviera fiebre y rechaza la alimentación o si tiene vómitos o diarrea abundante. Recuerda que los biberones de leche se preparan con una proporción agua/polvos de leche estricta, un cacito de polvo por cada treinta mililitros de agua; dos en sesenta; tres en noventa..., así sucesivamente.

Aunque amamantes a tu hijo puedes hacer una alimentación y vida normales, con algunas pequeñas limitaciones. Puedes hacer ejercicio físico, comer y beber todo tipo de alimentos, excepto bebidas alcohólicas, limitar los excitantes, como el café, las colas, así como los vegetales que modifican el sabor de la leche, como los espárragos, las alcachofas, los pepinillos, los pimientos, la coliflor o la col. Seguramente necesites tomar más líquidos que antes del parto porque tienes que hidratarte tú y tu hijo.

Como muchos medicamentos se eliminan por la leche materna, pasando al bebé, es necesario consultar a tu médico el tipo de medicamento antes de tomarlo. Los más frecuentes, como son los anticonceptivos, los antibióticos (excepto tetraciclinas y sulfamidas) y analgésicos del tipo del paracetamol están permitidos durante la lactancia materna. Recuerda que la lactancia materna es un anticonceptivo poco seguro y puedes quedarte embarazada.

El sueño. Las horas de sueño o vigilia y el llanto en estas últimas tres semanas del primer mes de vida también son muy variables. Algunos niños son tranquilos y dormilones, sólo lloran para recibir su dosis de alimento, pero otros lloran mucho, con mucha fuerza y frecuencia, como si estuviesen protestando por algo, y seguramente eso es lo que hacen. En estos casos, los niños deben ser atendidos,

acunados, acariciados y cogidos. Es incierto que se malcríen, a esta edad los niños no aprenden todavía a llorar para ser cogidos en brazos, cuando lloran es porque algo les pasa, no tiene que ser ni dolor ni enfermedad, pero algo les ocurre, y por ello persiguen tu atención, la de la persona que los protege y cuida. El único lenguaje a esta temprana edad es el llanto y lo menos que puedes hacer es atender a tu hijo, acudir a su llamada, aunque no sepas por qué te llama. Háblale, acúnale y acaríciale.

Las deposiciones. La frecuencia de éstas y su consistencia varían de un niño a otro y en el mismo niño de una semana a otra. En las primeras semanas de la vida, los niños pueden tener una diarrea llamada «diarrea motora», que es normal porque se produce por la persistencia de un reflejo llamado gastrocólico. Consiste en que cuando el bebé come, se desencadena un movimiento del intestino que puede oírse y a veces palparse cuando se pone la mano en su abdomen, es un movimiento rápido que expulsa las heces existentes en el intestino grueso. Una de las funciones del intestino grueso es absorber el agua del contenido intestinal, conformando las deposiciones, en consecuencia, la persistencia de este reflejo se manifiesta por una deposición al menos con cada toma, de contenido blando o líquido, a veces con emisión de ruidos y gases.

Cuando el reflejo gastrocólico desaparece —lo que puede suceder de un día para otro—, el número de deposiciones pasa de ocho o más a una o menos cada día, ambas frecuencias pertenecen a ritmos intestinales normales.

El color de las deposiciones puede ser amarillo, marrón o verdoso, incluso la misma deposición puede ser la mitad amarilla o marrón y la otra mitad verde. Este último color no es síntoma de diarrea, trastorno digestivo, ni enfermedad alguna, es una variante de la normalidad. El color definitivo de las heces depende, en cualquier edad de la vida, de la bilis y de los pigmentos tomados con la alimentación, estos últimos inexistentes en la alimentación de los primeros meses de vida. La bilis es segregada por el hígado y almacenada en la vesícula biliar, tiene un color verde, pero sufre una transformación química en el interior del intestino que la convierte en marrón o amarillenta, transformación para la que necesita un tiempo y unas condiciones determinados; cuando éstos no existen, las deposiciones salen del color original de la bilis, verdosa.

El llanto. Algunos bebés lloran desconsoladamente, por múltiples causas y significación. Una causa frecuente son los llamados «cólicos del lactante». En otro capítulo de este libro encontrarás detalles sobre este tema.

El baño. Puede hacerse a cualquier hora del día, siendo más aconsejable antes de la última toma de la tarde, porque la relajación que éste produce al bebé puede servir para que duerma mejor. El agua debe estar caliente, a 36 o 37 ºC. Debes utilizar un jabón ácido, limpiando con más atención los lugares de los pliegues, axilas, ingles, cuello y la zona del pañal; después le secarás con un paño seco, mejor tibio o caliente, sin frotar.

La ropa. Debe ser amplia, fácil de poner y de quitar y acorde con la temperatura y la época del año. Es muy aconsejable que la ropa interior sea de algodón, sin lazos ni botones. No debes utilizar fajas ni ombligueros. Tienes que lavar la ropa del bebé independientemente de la ropa del resto de los miembros de la casa, evitando jabones fuertes y aclarándola bien.

La boca. Algunos niños, generalmente en las primeras semanas de la vida, tienen manchas blancas en el interior de la boca, lengua o paladar, manchas que simulan leche o yogur. Cuando se intenta desprenderlas con una gasa dejan un fondo rojizo. Corresponde a una infección llamada Muguet producida por el hongo Cándida albicans (figura 3). No es grave pero necesita tratamiento que tu médico te aconsejará y que consiste en un antibiótico específico para los hongos con el que tendrás que limpiar las manchas blancas, dejando en la boca una pequeña cantidad para tragar al objeto de que el esófago —el conducto que comunica la boca con el estómago— se limpie también de hongos.

El chupete. Calma la ansiedad, el hambre y las ganas de succionar del niño. Es recomendable que se lo pongas una vez que la lactancia materna esté bien establecida, cuando la leche ya te ha subido y tu bebé se queda satisfecho en cada tetada. El chupete debe ser anatómico, aunque cada niño tiene una preferencia. Nunca lo untarás con azúcar, ni miel, y has de limpiarlo y esterilizarlo en estas primeras semanas de vida cada día; más tarde sólo será necesaria la limpieza con agua corriente. Para evitar el riesgo de accidentes, el chupete no tendrá cordón para colgarse del cuello, puede sujetarse con una pinza a la ropa del pecho. Debes ofrecer el chupete sólo cuando tu hijo lo reclame o esté inquieto, mientras menos dependencia tenga del chupete, mejor.

Los pañales. Pueden ser desechables, que son cómodos e higiénicos, aunque más caros que los pañales de gasa o algodón. Cuando utilices estos últimos, deben ser lavados con jabón suave, no fuerte, para evitar la irritación de la piel de su culito.

Anillos y cadenitas. Los anillos no son recomendables porque pueden salirse del dedo y ser tragados; las cadenitas pueden

comprimir la muñeca o el cuello, además su uso es innecesario. A pesar de ello, son tan frecuentes en nuestra sociedad como inútiles.

Los pendientes precisan de la perforación del lóbulo de la oreja, una costumbre tan extendida en el mundo como salvaje, no menos que la perforación del tabique nasal para la colocación de aros, costumbre propia de las tribus a las que generalmente acusamos de primitivas. Debes saber que la colocación de los pendientes es dolorosa, porque es un procedimiento invasivo. Este dolor puede paliarse colocando en el lóbulo de la oreja una crema anestésica llamada Emla® una hora antes de la perforación. Si decides ponerle pendientes, son mejores los de bola y de oro, para evitar desgarros y alergias.

En estas primeras semanas de la vida podrás tener otras dudas que las páginas de este libro más adelante seguramente te pueden resolver; cuando no sea así, te aconsejo que consultes a tu pediatra. Tu hijo es único, irrepetible, las cosas que hace no tienen que ser anormales por el solo hecho de que sus hermanos u otros niños no lo hagan. Consulta a tu pediatra todas las dudas que tengas.

6. Cuidados y desarrollo del lactante... en los primeros seis meses de vida

Llamamos lactante al bebé durante el período comprendido desde que es un recién nacido, que incluye los primeros veintiocho días de vida, hasta los veinticuatro meses. Es la época de la vida en la que la lactancia materna a lo largo de la historia de la humanidad ha permitido la supervivencia.

En este capítulo te explicaremos la alimentación, el crecimiento, el aprendizaje y los cuidados normales del primer semestre de la vida del lactante. Estas explicaciones son complementadas en otras páginas de este libro que tratan específicamente sobre la alimentación del bebé (pecho o biberón) o el desarrollo psicomotor en los primeros dos años de la vida (qué tiene que aprender tu hijo), entre otros.

En este período, los niños cambian muy rápidamente, y aunque hay un patrón de desarrollo y aprendizaje común, existen grandes variaciones individuales tanto en el crecimiento de su cuerpo y la cantidad de alimentos que aceptan como en la actitud ante él y ante su entorno. Con tan corta edad, cada niño es un mundo diferente, tu hijo es un ser único e irrepetible que no tiene que parecerse a su hermano ni a otros niños de su edad, es exclusivo.

Crecimiento

Este primer semestre es el de mayor crecimiento de su vida. En el primer trimestre ganará alrededor de veinticinco gramos de peso cada día, unos novecientos o mil gramos al mes de promedio y nueve centímetros de talla en todo el trimestre. En el segundo trimestre ganará alrededor de ciento cincuenta gramos de peso cada semana, alrededor de seiscientos gramos al mes y unos siete centímetros de talla en este trimestre.

Los aumentos de peso son promedios, los niños alimentados con el pecho ganan menos peso que los que reciben lactancia artificial. Recuerda que un mayor aumento de peso no significa más salud; sólo representa que reciben más volumen de leche, más calorías, generalmente porque se les insiste y no se respetan sus necesidades, sobrealimentándolos. Los niños duplican su peso de recién nacidos

cuando tienen cuatro y cinco meses de edad, antes los que recibieron biberón y después los alimentados con pecho.

El crecimiento del cerebro es espectacular en este primer semestre y al sexto mes de vida pesa más de la mitad del cerebro del adulto. Lógicamente el cerebro no puede ser extraído para ser pesado, se mide el perímetro de la cabeza con una cinta métrica en cada revisión médica rutinaria, asumiéndose que este crecimiento del perímetro cefálico es de origen cerebral. Durante el primer trimestre el perímetro cerebral aumenta alrededor de dos centímetros cada mes, este incremento disminuye a la mitad durante el segundo semestre de vida.

Cabeza y fontanela

La fontanela es un espacio romboideo, blando, de consistencia no ósea, que se puede palpar en la cabeza del bebé y que se mueve. La fontanela se cierra generalmente al año y medio de vida, puede latir porque transmite el pulso de las arterias del cerebro, incluso puede medirse la frecuencia cardíaca del pulso, contándolo en este latido. También es normal que la fontanela se hunda cuando a los lactantes se les sienta, momento en el que se aprecia mejor su latido. El hundimiento desaparece al volver a acostar al bebé; también lo hace cuando el niño llora, tose o se ríe a carcajadas, porque en esos precisos momentos la presión dentro de la cabeza aumenta. Ésta es la razón por la que el dolor de cabeza de los adultos aumenta al toser.

Este rápido crecimiento del cerebro es posible porque los huesos que rodean el cráneo no están aún fusionados, tampoco la fontanela está cerrada. Cuando estos huesos se fusionan precozmente, enfermedad conocida como craneosinostosis, el cerebro no puede crecer, porque el cráneo no es distensible. En estos casos la cabeza crece asimétricamente, como abollada, picuda, enfermedad que debe ser detectada precozmente.

Durante los primeros meses de vida los niños permanecen tumbados casi todo el día y apoyados en un punto de la cabeza. Muchos no tienen fuerza en el cuello para moverla, ya que pesa alrededor de la tercera parte del total de su cuerpo, y por ello duermen boca arriba con la cabeza alineada con su cuerpo; en consecuencia, apoyan la cabeza siempre en la misma postura. Esto la deforma, primero en la parte de atrás, después en la frente, apareciendo la cabeza deforme, con forma de rombo en vez de circunferencia (figura 4). Se puede prevenir esta deformidad poniendo al bebé boca abajo. Esta postura es muy buena para entrenar los músculos que más tarde le permitirán sentarse y andar. Aunque a los

niños pequeños no les gusta estar boca abajo, se les debe poner en esta postura, excepto para dormir. Los lactantes deben dormir boca arriba o de lado, pero tienen que aprender a jugar boca abajo. Esta última postura también les permite coordinar las manos, codos, brazos, cuello y cabeza. Cuando la deformidad de la cabeza es evidente, consulta a tu pediatra.

Alimentación

Este gran crecimiento corporal, el mayor de toda la vida, se consigue sólo con leche, materna o artificial. La alimentación del primer semestre de la vida del niño sano se realiza exclusivamente con pecho o con biberón, generalmente una fórmula láctea, procedente de la leche de vaca, adaptada a las necesidades del bebé. Sólo cuando la ganancia de peso es escasa, tu pediatra te indicará suplementar la leche con cereales sin gluten o con otros nutrientes.

En este primer semestre los niños no necesitan más agua que la que reciben con la alimentación, no precisan un aporte suplementario excepto cuando no comen, la temperatura ambiental es elevada o presentan fiebre o diarrea, en cuyo caso las pérdidas de agua están incrementadas y por ello necesitan ser repuestas.

Temperatura, pulso y respiración

La temperatura corporal no varía con la edad, en condiciones normales oscila entre 36,5 y 37,5 ºC, sin embargo cambia con las horas del día, es más elevada por la tarde.

La frecuencia con la que late el corazón, que se mide contando el pulso en la ingle o en la muñeca, es muy alta. En los primeros días de vida es de ciento veinte a ciento cuarenta latidos por minuto, que van descendiendo progresivamente hasta ciento diez o ciento veinte a los seis meses, lógicamente con amplias variaciones individuales. El pulso se acelera cuando el niño llora, se agita o tiene fiebre.

A la frecuencia respiratoria le sucede igual, es elevada al nacer, entre cuarenta y sesenta respiraciones cada minuto, desciende lenta y progresivamente hasta que al final del primer semestre respiran unas veinticinco o treinta veces cada minuto. Esta frecuencia también aumenta con la fiebre y con algunas enfermedades.

Aprendizaje

Los reflejos propios del recién nacido comienzan lentamente a

desaparecer entre el primer y el tercer mes, dando paso a movimientos cada vez más vivos y mejor organizados, lo que le permite jugar y relacionarse contigo. Al segundo mes de vida muchos niños disfrutan ya con el baño, aunque otros lloran desconsoladamente. También comienza la sonrisa social, porque descubren que su madre o su padre no sólo son proveedores de alimentos, sino también de cuidados y de afecto. Unas semanas después inician ruidos vocales que van perfeccionando para balbucear, en un intento de imitación de las palabras que escuchan, es su primer lenguaje. A los cinco o seis meses ya pueden gritar de alegría y su risa es con carcajada. También pueden contemplarse en el espejo, sonriendo cuando se ven; es una edad en la que puedes estar todo el día disfrutando de lo maravilloso que es tu hijo, de los progresos que realiza, de lo listo que parece, mucho más de lo que imaginabas. Es una edad en la que contemplarle e interactuar con él no sólo es un placer, es la mejor manera de pasar el tiempo. Además, de un día a otro notarás que aumenta vuestro cariño y apego hasta que se convierte en definitivo y eterno.

Comienza a utilizar las manos muy pronto, las mira, las agita y se hipnotiza comprobando que puede controlar sus movimientos. Hacia el tercer mes ya puede coger las cosas, aunque no es capaz de ir a por ellas, y se las lleva a la boca. A esta edad su fuente de conocimiento es la boca, todo lo que encuentra se lo lleva a la boca, también sus manos, actitud que es falsamente atribuida al inicio de la dentición, pues ambos procesos son independientes. La salivación y el babeo aparecen entre los dos y tres meses, y también suelen ser atribuidos por los padres a la erupción de los dientes. El babeo tampoco está asociado a la dentición, se produce porque a partir de las próximas semanas su organismo necesitará la saliva para iniciar la digestión de los nuevos alimentos que pronto recibirá. La erupción del primer diente suele aparecer más tarde, aunque puede ser antes o coincidir con el babeo, pero por casualidad.

En el cuarto mes, el bebé tiene una gran coordinación de sus piernas, algunos ya patalean cuando se les pone boca arriba, como un ciclista. También mueven sus manos para poder agarrar lo que les interesa. Cuando están boca abajo levantan su cabeza y su pecho con seguridad y agilidad; algunos, los más precoces, pueden empezar ya a voltearse.

Entre el cuarto y el sexto mes los lactantes aprenden a voltearse, pasan de estar tumbados boca abajo a ponerse boca arriba y viceversa, momento en el que puede aparecer el primer accidente importante. Una caída desde la altura, desde el cambiador al suelo, produce traumatismo craneal, a menudo con fractura de los huesos de la

cabeza. Evítalo, tu hijo no te avisará del momento en el que hará este aprendizaje, por ello no lo dejes ni medio segundo solo en el cambiador, en este tiempo se puede dar la vuelta intentando seguirte y precipitarse.

Al sexto mes ya es un verdadero personaje con carácter, puede contactar contigo y con las demás personas, intenta desplazarse gateando, coge los juguetes con las manos, las agita y se las lleva a la boca, se expresa con ruidos, babea, tiene fuerza y coordina sus movimientos, se voltea o está a punto de hacerlo y te reconoce como un ser afectivo y nutritivo, que es prolongación de su vida.

Durante el primer semestre tu hijo necesita que le cubras sus necesidades afectivas tanto como las nutritivas, porque el afecto es imprescindible para su felicidad inmediata y futura. Los humanos necesitamos el afecto en cualquier época de la vida, mucho más en estos primeros meses, para poder ser después un niño, un adolescente o un adulto equilibrado emocionalmente. Por eso acaricia, acurruca y mima a tu hijo, para que tenga confianza en ti y en los que le rodean; si es rechazado, no es acariciado ni mimado en estos primeros meses de vida, no se juega con él, o no es protegido cuando lo demanda, puede desarrollar miedo y desconfianza con los adultos y con el mundo, miedo y precaución que pueden persistir en los siguientes años de su vida, incluso de adulto. La creencia de algunas personas de que a los niños hay que hacerlos duros y resistentes al llanto y al dolor desde el principio de su vida es errónea e inadecuada. Los lactantes no son soldados a los que hay que adoctrinar, no se malcrían cogiéndolos, protegiéndolos o mimándolos; al contrario, el afecto y las caricias son imprescindibles, el desafecto y la disciplina, además de inútiles e inhumanos, son perjudiciales.

En resumen, en estos primeros seis meses dale de comer a tu hijo lo que quiera. Él siempre acierta con la cantidad y sobre cuándo tomar el pecho. Demuéstrale afecto con las palabras, la sonrisa, los gestos, las caricias y los mimos. Si recibe lactancia artificial, respeta su apetito. Mientras su ganancia de peso global, no en una semana determinada, sea la adecuada, recuerda que sólo tu hijo, no tú, mucho menos el fabricante de la leche que recibe, conoce sus necesidades de alimento, forzarle es iniciar el camino hacia la obesidad futura, respétale también en esto. Ponlo a dormir boca arriba o de lado, pero déjale jugar boca abajo. Aunque los primeros meses llore al ponerlo boca abajo, aguanta un poco, porque esta postura le permite entrenar mejor los músculos que más tarde utilizará para enderezarse, sentarse y deambular. Disfruta viéndole crecer, sorpréndete de sus nuevas habilidades y continúa aumentando el vínculo afectivo. Éste es el

mejor seguro contra cualquier enfermedad y alteración del comportamiento futuro.

7. Cuidados y desarrollo del lactante en el segundo semestre de vida

Alimentación

Con seis meses, tu hijo comienza a recibir otros alimentos aunque la leche, preferentemente la tuya, continúa siendo fundamental en su nutrición. Debe recibir fruta por la tarde en forma de puré, alimento teóricamente delicioso que muchos bebés rechazan, pero poco a poco aceptan. Puré de verduras al mediodía, con proteínas animales, pollo o ternera. Cereales en desayuno y cena que inicialmente no tendrán gluten, sólo arroz, tapioca y maíz. Unas semanas más tarde tomará el resto de los cereales, una papilla con cinco u ocho cereales preparados con tu leche o con una fórmula adaptada, en desayuno y cena. Siempre como postre, leche materna o biberón. En los siguientes meses se puede añadir pescado blanco, más tarde legumbres, yogur y huevo. Puedes ampliar esta información sobre la alimentación en el capítulo «“Mamá, quiero más comida.” La alimentación durante los primeros dos años».

Su ritmo intestinal probablemente se modificará con la introducción de los nuevos alimentos, la fibra que contienen las verduras, las frutas y los cereales provocarán deposiciones seguramente más abundantes. El color de las heces podrá modificarse con el pigmento de algunas verduras, recuerda que las espinacas pigmentan mucho las heces, no debes introducirlas todavía porque contienen una sustancia que puede ser tóxica.

Crecimiento

En este segundo semestre su ganancia de peso y talla continuarán siendo importantes, pero menores que en el primer semestre. Ya no es necesario que estés tan pendiente de su peso. Si tu hijo es un bebé sano y activo puedes pesarle y tallarle una vez cada dos meses. Seguramente triplicará su peso de nacimiento al año de edad y aumentará su talla en veinticinco centímetros. En este segundo semestre crecerá menos, alrededor de ocho o nueve centímetros, casi la mitad que en los primeros seis meses. Estos aumentos de peso y talla son promedios y por tanto variables de un niño a otro, los niños

pesan y miden un poco más que las niñas. Contrariamente a lo que muchas personas piensan, no existe relación entre la talla de estos primeros meses de vida con la talla adulta; ésta, en ausencia de enfermedad, dependerá básicamente de tu talla y la de su padre; influyen también, aunque menos, la talla de los abuelos, la alimentación y el afecto. Los niños que antiguamente vivían en una institución u hospicio y los rechazados afectivamente, de manera crónica, crecían mucho menos.

Su cabeza cada vez crecerá menos, alrededor de dos centímetros cada dos meses y su cerebro al final de este primer año representará ya el 60 por ciento de su cerebro futuro, ahora necesita que sea llenado de conocimientos, experiencias y sensaciones. Al final del primer año su fontanela puede permanecer abierta o bastante cerrada. Los niños de gran perímetro cefálico, los que tienen y seguramente tendrán en el futuro cabeza grande, mantienen la fontanela muy abierta al año de edad, mientras que los de perímetro cefálico más pequeño suelen cerrarla antes. Tu pediatra pesará, tallará y medirá el perímetro cefálico periódicamente dentro de la exploración rutinaria del niño sano. No existe ninguna relación entre el tamaño de la cabeza, siempre que ésta esté dentro de la normalidad, y la inteligencia, algunos adultos muy inteligentes tienen la cabeza pequeña, otros mediana o grande. La cabeza grande suele ser familiar y hereditaria, si tu médico te dice que tu hijo es cabezón, repasa mentalmente el tamaño de tu cabeza, la de su padre y abuelos para conocer a quién se parece en este aspecto. Los niños tienen la cabeza algo más grande que las niñas.

En este segundo medio año de vida probablemente aparecerán sus primeros dientes, si no fuera así, no te preocupes, ya saldrán, no se quedará sin dientes; porque dientes ya tiene, pero serán visibles más tarde, quizá después del primer año. La normalidad de erupción de los primeros incisivos es muy variable, está condicionada genéticamente, de manera que influye si alguien en tu familia o en la de su padre fue tardío en la dentición. Puedes leer más sobre la dentición en otro capítulo de este libro.

Aprendizaje

En este segundo semestre comenzará a sentarse, después gateará y se mantendrá de pie siempre que se agarre a algo seguro. Es posible que quiera estar mucho tiempo de pie, también que quiera jugar contigo a sentarse y levantarse, no te preocupes por sus piernas, no se le estropearán, está ya entrenándose para potenciarlas antes de ponerse a

andar, actividad que empezará al final de este primer año de vida. Algunos gatean y pedalean vigorosamente cuando están tumbados boca arriba y sin pañal, por ejemplo, al cambiarle o en la bañera, están ya disfrutando como si fuera su primer deporte. La edad en la que comienzan a andar los niños sanos es también muy diferente de unos niños a otros; algunos, los que gatean pronto y rápido, suelen tardar más en andar, porque no quieren correr el riesgo de tambalearse y caerse.

El progreso de conocimientos que realizará en el segundo semestre de su vida es sorprendente, no te lo pierdas, contemplarlo es un gran espectáculo, saca tiempo para disfrutar de él, compatibilizándolo lógicamente con tus otras actividades laborales o familiares. Comenzará a decir palabras, primero monosílabos, después bisílabos, como *mamá* y *papá* que enternecerán tu corazón, aunque lo dice porque son los bisílabos más fáciles de pronunciar. También imitará gestos y palabras, se reirá ruidosamente, llenando tu vida de alegría. Al final de este período comenzará a decir adiós y a dar palmaditas con sus manos.

También aprenderá el significado del *no* y comenzarás a notar que tiene su propia personalidad, ya decide qué desea, cuándo y qué alimento comer, manifiesta su genio; grita, llora y se enfada. Como ya es capaz de utilizar la pinza entre su dedo pulgar y el resto de los dedos, aprende a coger objetos y a tirarlos, también a pasarlos de una mano a otra. Después aprenderá a coger las cosas entre los dedos pulgar e índice, haciendo una pinza más segura y rápida, que le permite mayores y más precisos movimientos y utilidad de su mano. Tirar objetos al suelo y ver cómo caen y suenan puede ser su actividad preferida, generalmente a partir del octavo o noveno mes.

Hasta ahora se dejaba explorar por su pediatra y se lo pasaba bien con todo el mundo, sonreía fácilmente, pero hacia la mitad de este segundo semestre comenzará a quedarse mirando fijamente a los extraños y no se dejará explorar, llorará con su médico al final del primer año de vida. Tampoco querrá separarse de ti, se irritará cuando lo intentes, esto es normal, se denomina «angustia de separación», actitud que dificultará si pretendes llevarle a la guardería. Puedes leer más sobre esta cuestión en el capítulo «La guardería y el jardín de infancia. Ventajas e inconvenientes».

Al final del primer año tu hijo tendrá ya autonomía para sujetar su biberón, tendrá sus preferencias alimenticias, decidirá con quién quiere ir, tendrá un lenguaje verbal pequeño, pero gracioso, señalará con su dedo índice, dará palmaditas, sabrá decir adiós, tendrá su genio, sabrá cómo protestar y cómo llamar tu atención. Ha pasado de

ser totalmente dependiente a ser menos dependiente de ti, de no interactuar a ser tu compañero de alegrías. Para él y para ti esta experiencia es apasionante e inolvidable, tu bebé no se acordará cuando sea mayor, pero le condicionará para bien su vida posterior y de adulto.

8. Dentición. Mitos y realidades

Todo lo relacionado con la dentición, desde la aparición de los dientes temporales o de leche hasta los definitivos, está rodeado de mitos y preocupaciones, y representa por ello una fuente frecuente de preocupaciones y dudas. A la aparición de los primeros dientes de leche se le atribuyen inadecuadamente muchos síntomas que nada tienen que ver con la dentición. Si tu hijo tiene fiebre, llanto o inapetencia, no se lo atribuyas a los dientes, busca otras causas.

Cuándo y en qué orden aparecen los dientes temporales

Los dientes temporales, también llamados de leche, comienzan a verse, a erupcionar, cuando el niño tiene alrededor de medio año de vida. Esto puede adelantarse o retrasarse considerablemente, siendo totalmente normal tanto que el primer diente salga varios meses antes, incluso en el momento del nacimiento, como varios meses después, al año o incluso a los trece o catorce meses de vida. No es importante ni cuándo aparecen los primeros dientes, ni el orden de aparición, ya que en general no son hechos que acompañen a ninguna enfermedad ni a carencia de vitaminas, calcio o nutrientes. Tanto el momento como el orden de aparición están condicionados por factores familiares y ambientales.

El primer diente suele salir en el centro de la mandíbula inferior, seguido de otro al lado: son los incisivos inferiores. Cuatro u ocho semanas más tarde aparecen cuatro dientes en la encía superior, es decir, los incisivos centrales y laterales superiores. En esta época erupcionan también los laterales inferiores. Al año o año y medio aparecen las primeras muelas en la parte posterior de las encías: son los primeros premolares superiores e inferiores. Entre el año y medio y los dos años de edad evolucionan los colmillos o caninos superior e inferior y entre los dos y dos años y medio aparecen las segundas muelas superiores e inferiores. El período de aparición de los dientes de leche dura alrededor de veintidós meses, y finaliza a los dos años y medio de edad. Estos dientes temporales se componen de veinte piezas, diez en el maxilar superior y diez en el inferior, cuatro incisivos, dos caninos y cuatro molares.

Qué síntomas produce la primera dentición

En la mayoría de los niños, la aparición de los dientes temporales sucede inadvertidamente, sin alteración alguna, sin síntomas. La mayoría de los problemas atribuidos a la dentición, fiebre, babeo, dolor, otitis, diarrea o pérdida de apetito no tienen nada que ver con la erupción de los dientes.

Cuando tu hijo comience a babear, alrededor de los tres meses de edad, no busques el pico afilado y duro de la erupción del primer diente, porque quizá tengas que esperar varios meses hasta encontrarlo. El babeo es independiente de la dentición, se produce cuando las glándulas que producen la saliva están maduras. En esta época o unas semanas después, los niños aprenden a relacionarse con el mundo a través de sus manos y de su boca, es la época en la que se muerden el puño y todo lo que está al alcance de su boca; muerden, disfrutan, gritan contentos, babean y aprenden a reconocer los objetos que pueden sujetar. La dentición no produce fiebre, a lo sumo, algunas décimas de grado, siempre menos de 38,3 ºC. Debemos insistir: si tu hijo tiene fiebre, no se lo atribuyas a la dentición, obsérvale y busca otras causas.

Aunque generalmente la erupción de los dientes de leche no produce dolor, a veces los niños están muy inquietos e irritables coincidiendo con la dentición, como si tuvieran molestias. Las encías pueden estar abombadas, inflamadas... Puedes aliviar estos síntomas dando un masaje en la encía inflamada con tu dedo durante unos minutos o aplicando una toallita o paño frío, ya que el frío es analgésico. Si persisten las molestias, puedes administrarle un analgésico que le ayudará, paracetamol o ibuprofeno en la dosis adecuada para su peso, no para su edad, ya que los analgésicos se dosifican en función del peso.

La erupción de los dientes de leche no produce diarrea, sólo ablanda, en algunos casos, la consistencia de las heces. Esto no precisa ningún tratamiento ni una modificación de la dieta. La diarrea intensa, sin embargo, debes consultarla con el pediatra. A veces, en la encía, en el lugar donde aparecerá un diente temporal o permanente, se visualiza un bultito de color azulado que te puede asustar. Es un hematoma o derrame de sangre producido por la erupción del diente (figura 5). No precisa ningún tratamiento, ya que se resuelve espontáneamente en unos días.

Cuándo y en qué orden aparecen los dientes permanentes

Aproximadamente, a los seis años de edad los niños comienzan a

perder los primeros dientes de leche, que son sustituidos por las piezas que serán definitivas o dientes permanentes. Este proceso de sustitución de unos dientes por otros dura alrededor de seis años, finalizando a los doce años. Aunque existe una gran variabilidad dentro de la normalidad en cuándo y en qué orden aparecen los dientes definitivos, generalmente las primeras piezas definitivas son los incisivos inferiores y superiores. Los incisivos centrales superiores empujan a los incisivos temporales que se caen, momento feliz para los niños, porque el Ratoncito Pérez les traerá algún regalo. Después aparecen los incisivos laterales y superiores, aunque en ocasiones no tienen espacio porque fue ocupado por un gran incisivo central, y este incisivo lateral despunta por detrás de aquél, y no al lado, como corresponde. Alrededor de los diez años erupcionan los colmillos o caninos definitivos y aproximadamente dos años más tarde se caen los primeros y después los segundos molares de leche, que son sustituidos por las muelas permanentes. A los doce años de edad la dentición definitiva o permanente está completa, a excepción de los cordales o muelas del juicio.

Cómo puedo cuidar los dientes de mi hijo

Tanto los dientes de leche como los permanentes deben ser cuidados adecuadamente. Éstos son algunos consejos útiles:

— Nunca permitas que tu hijo se duerma con el biberón de leche o de zumo de fruta en la boca, porque ello produce caries muy precoces, llamadas caries del biberón.

— No pongas azúcar, miel ni otras sustancias dulces en el chupete, porque también producen caries.

— A partir de los dos años de edad limpia sus dientes con un cepillo blando, con o sin una pequeña cantidad de pasta dentífrica con flúor, al menos una vez al día. Esto elimina la placa bacteriana, responsable de las caries. Es mejor cepillarse bien una vez al día que hacerlo tres y mal.

— Si no puedes evitar que tu hijo tome golosinas, evita que lo haga rutinariamente. Para los dientes es mejor que tome muchas golosinas juntas cada muchos días que pocas diariamente, porque en este caso la limpieza natural de los dientes no se puede producir por falta de tiempo para ello.

— Sigue las indicaciones de tu pediatra y odontólogo/pediatra respecto a la toma de flúor, tanto la escasez como el exceso de flúor son malos para los dientes. La escasez facilita las caries, el exceso colorea anormalmente los dientes y los hace más frágiles.

— Los niños son juguetones y traviesos, a veces pierden un diente de leche por accidente o se desplaza de su lugar. Este diente provisional caduco no se reimplanta cuando se cae con el golpe, porque existe el riesgo de lesionar el germen del diente definitivo. Sin embargo, cuando el desplazado es el definitivo, para ello el niño debe de tener más de seis años, que es cuando los dientes caducos empiezan a ser sustituidos por las piezas definitivas, el diente extraído con el golpe debe limpiarse con agua, ser introducido en un vaso de agua o leche, guardado en el frigorífico y transportado cuanto antes al dentista, para que lo reimplante si lo considera necesario. Si esto no fuera posible, debes hacerlo tú, ya que la mayoría de estos dientes puede reimplantarse, impidiendo así la retracción y disminución de la arcada dental, manteniéndose la función de esta pieza. Si el diente se desplaza por el golpe, el odontólogo decidirá la forma de solucionarlo.

— Algunas veces uno de los dientes, generalmente un incisivo superior, aparece de color oscuro debido a que ha recibido un traumatismo, golpe que suele pasar inadvertido tanto a los niños como a sus padres (figura 6). En estos casos debes vigilar si en la encía, a la altura de la raíz del diente oscurecido, aparece un bultito con o sin fístula por donde puede salir un contenido purulento conocido como absceso apical o granuloma dental (figuras 7 y 8). Otras veces los padres observan o los niños refieren que tienen un pequeño flemón en la encía, en la zona que corresponde a la raíz del diente, generalmente un incisivo superior por donde drena un contenido a veces maloliente porque corresponde a pus. En estos casos debes consultar con tu pediatra o con un odontólogo infantil porque puede necesitar antibióticos o drenaje quirúrgico.

— La separación de los dientes de leche o la aparición de espacios entre los incisivos es normal. Esta separación es más llamativa hacia los cuatro años y no es definitiva, ya que los dientes permanentes, más grandes, hacen desaparecer estos espacios interdentales.

Recuerda que los niños aprenden por imitación, no por órdenes ni sermones; la mejor forma de que tu hijo se cepille los dientes es que te vea hacerlo a ti diariamente, o mejor aún es que te cepilles los dientes a la vez que él. Además de aprender, realizará una actividad junto a la persona a la que más quiere, tú.

9. El llanto. ¿Cuál es su significado?

El llanto es la manifestación más frecuente de los niños. Las primeras preguntas que se hacen los adultos cuando son padres son: ¿por qué llora mi hijo?, ¿le dolerá algo?, ¿estará enfermo?, ¿llora porque quiere?, ¿son mimos?

El significado del llanto es diferente en las distintas edades de la vida de los niños. Las causas por las que lloran los recién nacidos y lactantes pequeños son diferentes a las de los niños mayores. Todos los niños lloran cuando tienen dolor, pero existen otras causas de llanto diferente al dolor; en estas páginas te exponemos cuáles son las más frecuentes.

Los padres lógicamente se desazonan cuando su hijo llora, sobre todo cuando el llanto es inconsolable. En este capítulo aprenderás a conocer los diferentes tipos de llanto, sus causas y sus remedios.

El llanto del bebé, ¿por qué se produce?

Durante los primeros tres o cuatro meses de vida, el llanto es el único lenguaje del niño para comunicarse con su madre. Esto es especialmente cierto en los primeros dos meses. El bebé llora cuando tiene hambre, sed, frío, calor..., llora cuando la ropa le aprieta, cuando tiene gases y también cuando quiere llamar la atención de su madre. Este llanto es el del aburrimiento, consiste en quejidos de poca intensidad que desaparecen cuando tú acudes. Todos estos llantos se consideran normales, fisiológicos. Éste es un llanto consolable, mientras que el llanto patológico, el que es debido a enfermedad, suele ser intenso, monótono, agudo, excesivo, incontrolable, quejumbroso.

Existen diferentes patrones de llanto normal o fisiológico. Los bebés sanos pueden llorar dos horas al día durante las dos primeras semanas de vida, con un pico de tres horas diarias de llanto a la sexta semana que desciende a una hora diaria de llanto al día al tercer mes de vida; éstos son los tiempos totales de llanto considerados normales, afortunadamente muchos niños lloran menos tiempo cada día.

El llanto del sueño suele caracterizarse por lamentos que aumentan cuando se estimula al bebé, como si le molestase la interferencia del estímulo para conciliar el sueño. El llanto del hambre consiste en gritos enérgicos en tono exigente, es un llanto con fuerza que desaparece de inmediato cuando llega la comida. A veces, el llanto intenso es síntoma de enfermedad, pero en estos casos existen además otros síntomas y no desaparece con la toma. Los niños con fiebre elevada unas veces están decaídos, pero otras están irritables y en ocasiones el llanto es intenso y desconsolado. Las enfermedades con movimientos rápidos del intestino (gastroenteritis aguda, obstrucción intestinal...) también producen llanto por dolor pero es del mismo tipo que el provocado por un cólico, caracterizado porque aparece y desaparece.

La fractura de la clavícula en el momento del parto, que se produce cuando se sacan los hombros, no ofrece síntomas en esos primeros momentos, pero en los siguientes días los recién nacidos lloran, sobre todo en el momento de moverlos para el cambio de los pañales o para darles de comer. Las enfermedades que producen aumento de la presión dentro de la cabeza, tales como meningitis, encefalitis, tumores... causan un llanto aburrido, chillón, agudo y continuo. En estos casos, la fontanela está más dura de lo normal y abombada hacia fuera, como un huevo en la cabeza. La fontanela es la zona de la cabeza que todavía no tiene hueso, su forma es triangular o como romboidal, es blanda, con frecuencia se mueve con la respiración y se cierra sobre los catorce a dieciocho meses.

El cólico del lactante, ¿qué es?

Los cólicos del lactante son una de las causas más frecuentes de llanto y de consulta por llanto en los primeros tres y cuatro meses de vida. Consisten en la aparición de crisis de llanto intenso o agudo, difícil de consolar o inconsolable, con enrojecimiento de la cara y expresión de enfado, flexión de las extremidades y piernas sobre el abdomen y en

ocasiones ventosidades; es un llanto de una duración variable, pero larga, generalmente más de tres horas cada día, ocurre más de tres días a la semana y persiste más de tres semanas —es la «regla de los treses», que caracteriza a los cólicos del lactante—. No existe fiebre, ni vómitos, ni diarrea, ni ningún otro síntoma.

Los episodios de llanto suelen ser por la tarde o al inicio de la noche, aunque en ocasiones aparecen por la mañana. El largo tiempo de llanto desespera a los padres, que consultan de urgencia ante el temor de que su hijo tenga alguna enfermedad encubierta. Generalmente, los padres se muestran ansiosos, impotentes y preocupados porque todos los intentos por calmar el llanto son infructuosos, fracasan. Se desconocen las causas de los cólicos del lactante, llamados así porque en el pasado se pensaba que el llanto estaba producido por cólicos abdominales. Actualmente se sabe que ésta no es la causa, aunque tampoco se ha encontrado en las múltiples investigaciones realizadas ninguna razón concreta del llanto. Hoy se piensa que los cólicos del lactante representan la primera manifestación de protesta de los humanos. La desesperación de los padres los lleva a cambiar de leche o incluso a administrar medicación para los gases, el estreñimiento o el dolor, tratamientos que no están indicados. La administración de agua de anís estrellado, a veces utilizada, está contraindicada, porque puede intoxicar a los niños.

Debes saber que los cólicos desaparecerán sin tratamiento en pocas semanas, que no es una enfermedad ni ningún síntoma que acompañe a una situación patológica. Los padres tenéis que aceptar que cuando el niño comience a relacionarse mejor con su entorno, por ejemplo, cuando comience la sonrisa, siga mejor la mirada y vosotros entendáis mejor a vuestro hijo, los cólicos desaparecerán.

Esto puede ser a la cuarta, octava o décima semana de vida, pero desaparecerán. Mientras, aconsejamos que os turnéis en la vigilancia de los momentos del llanto, para que uno descanse mientras el otro cuida al bebé. Esto conseguirá tranquilizaros a vosotros y también a vuestro hijo. A veces, la administración de infusiones de hierbas de hinojo disminuye la intensidad y duración del llanto; podéis consultar a vuestro pediatra. También puede ser útil balancearle estando boca abajo sobre el brazo o bailar con el bebé una música suave o simplemente arrullarle. Otras veces, se calma con el ruido y la vibración de una lavadora o secadora funcionando y en muchas ocasiones el niño no se calma se haga lo que se haga, hasta que en un momento deja bruscamente de llorar, igual que comenzó, sin que se sepa la causa.

El llanto del lactante, ¿a qué se debe?

Aunque existen muchas situaciones en los niños mayores de tres meses que cursan con llanto, la mayoría de las veces el llanto no es un síntoma de enfermedad; cuando lo es, aparecen además otros síntomas, que variarán dependiendo de la enfermedad. Los lactantes pueden llorar por otitis media —que produce dolor de oídos—, también por estreñimiento, invaginación intestinal o reflujo gastrointestinal. La invaginación intestinal consiste en que una porción del intestino se introduce dentro de otro, apareciendo llanto muy intenso, más tarde deposiciones sanguinolentas. El reflujo gastroesofágico se acompaña de regurgitación del alimento y vómitos de repetición. Los niños que lloran por inflamación del esófago sienten ardores producidos porque el contenido del estómago, muy ácido, sube por el esófago múltiples veces irritando, incluso quemando, este conducto que comunica la garganta con el estómago. Tu pediatra te aconsejará, en función de los síntomas, un tratamiento consistente en fórmula láctea antirreflujo y quizás antiácidos, como ranitidina u omeprazol.

En esta época, los niños lloran también por las enfermedades comentadas en el primer trimestre. Las madres aprenden rápidamente a distinguir las causas del llanto, la duración, timbre, intensidad..., si el llanto significa dolor leve, hambre, aburrimiento o dolor intenso. La erupción de los dientes puede ser dolorosa, aunque se han atribuido inadecuadamente demasiados dolores a la dentición. En estos casos, el masaje de las encías o la administración de un analgésico o antiinflamatorio mejora el síntoma.

El llanto es utilizado por los niños pequeños como reclamo. Durante el segundo y tercer semestre de vida, el llanto suele desaparecer cuando la madre o el padre acuden al reclamo. En estos casos, si vuestro niño llora, debéis comprobar desde una distancia prudencial si el niño está bien, sin mimarle, acariciarle, ni hablarle, porque de otra manera se le está enseñando que el llanto es la manera de lograr que vosotros acudáis a entretenerle. Esta norma es totalmente compatible con la fortaleza afectiva entre padres e hijos. Los pequeños deben y pueden aprender a respetar el tiempo de sus padres, y a entretenerse solos. Lógicamente, cuando el llanto persista o cambie de intensidad hay que comprobar que no existe ninguna otra causa que lo provoque.

Los niños celíacos están tristes y lloran con frecuencia. Además no comen, tienen diarreas o las deposiciones son muy voluminosas, el abdomen tiene forma de globo, está como hinchado... síntomas todos ellos que predominan sobre la irritabilidad y el llanto. Los síntomas aparecen antes o después del año de edad, siempre pasados varios meses desde la introducción de cereales con gluten en la dieta. A los padres les llama la atención sobre todo el cambio de carácter: lloros donde antes había sonrisas. La enfermedad celíaca produce la intolerancia a una proteína que contiene el gluten de algunos cereales, como el trigo, cebada, centeno y avena.

El llanto de los niños: «¿Por qué lloras?»

Cuando los niños tienen autonomía para moverse comienza el riesgo de accidentes, golpes, caídas, traumatismos y otras lesiones físicas que tienen como síntoma principal el llanto por dolor.

La fractura de los primeros pasos con frecuencia pasa desapercibida; se trata de una pequeña fisura en la tibia, el hueso que va desde la rodilla al tobillo. No produce desviación de la pierna, tampoco inflamación, sólo dolor a la palpación de la parte inferior de la tibia y, lógicamente, dolor al andar. Como los niños menores de tres años no saben localizar el dolor, cuando están solos jugando y lloran hay que buscar huellas de lesión, hematoma, herida, rasguño o enrojecimiento. Tus besos y tus caricias suelen ser suficientes para que el llanto desaparezca.

Por la noche, los niños mayores de un año pueden llorar y gritar estando dormidos, aunque parecen despiertos; a veces lloran con los ojos cerrados, otras con los ojos abiertos, dicen palabras, inteligibles o no, se excitan como si estuvieran viendo una imagen de terror o viviendo una situación de peligro. Son los terrores o pesadillas nocturnos, sueños que después no recuerdan. En estos casos se aconseja acompañar y proteger de golpes o caídas, hasta que el episodio desaparece. Estos terrores son involuntarios.

También por las noches, los niños mayores, de entre dos y cuatro años, lloran cuando se van a la cama o cuando se despiertan en mitad del sueño, pero se callan cuando oyen a sus padres o cuando éstos los cogen de la mano o entran en contacto físico con ellos. Cuando intentas alejarte de la cuna, pensando que el niño duerme, éste se pone a llorar. Este ir y venir puede ser muy prolongado, por ello las

madres y los padres se quedan dormidos sentados o tumbados en la oscuridad de la habitación de su niño, sin poder dejar de tocarle. Esta esclavitud sólo puede romperse dejando llorar al niño; sobre este tema hallarás más información en el capítulo «El sueño. Trastornos más frecuentes».

Muchas veces, los niños lloran sólo para llamar la atención de sus padres, prefieren incluso ser reprendidos por el llanto sin causa que pasar desapercibidos ante sus seres queridos. Luisito, de dos años y medio, lloraba desconsoladamente cuando su madre atendía a su nuevo hermano de dos meses de edad. En el momento del cambio de pañales del bebé, Luisito lloraba y lloraba como si un accidente le hubiera contusionado dolorosamente. Su madre dejaba a su hermanito para socorrerle, pero a la cuarta o quinta vez que comprobó que no había ningún motivo, dejó de acudir al llanto desconsolado. Así son los niños, prefieren ser regañados antes que pasar desapercibidos, y es que los niños utilizan todas las armas de las que disponen para lograr su objetivo: ser el centro de atención de su micromundo. El llanto es un arma muy poderosa, el llanto continuo sin descanso ataca los nervios de cualquier adulto, que cede para evitar el castigo que representa el golpeteo del sollozo.

Otra causa menos frecuente de llanto es la pronación dolorosa. Consiste en que un hueso del brazo, el radio, se sale de su lugar en el codo, simplemente por un tirón inadvertido, a veces mínimo, de la mano o de la muñeca del niño. Un rato más tarde, éste comienza a llorar sin causa aparente y deja de mover el brazo afectado. El tratamiento es muy sencillo: consiste en resolver la luxación del radio, sin cirugía, ni anestesia, ni escayola posterior. El tratamiento puede realizarlo el pediatra o el traumatólogo.

A un niño mayor se le puede interrogar, preguntarle: «¿Por qué lloras?». Si contesta que lo hace porque quiere o la causa no es creíble, entonces posiblemente llora para llamar la atención, reclama eso, atención: mimos, entretenimiento, juegos...

¿El llanto es por enfermedad?

El llanto también puede ser por enfermedad, exista o no dolor. Muchas enfermedades producen dolor, ya sea de oídos, garganta, abdomen, piernas u otra parte del organismo. Otras producen incomodidad, molestias o picor en la piel, esfínteres, boca, nariz, ojos o estómago.

Cuando el llanto está relacionado con alguna enfermedad suele ir acompañado de otros síntomas, como fiebre, rechazo de la alimentación, decaimiento general, vómitos, diarrea, hematoma, inmovilización de alguna articulación o tendencia al sueño.

Cuándo consultar al médico por el llanto

Te aconsejamos que consultes con tu pediatra lo antes posible o que acudas a un centro médico de urgencias si el llanto de tu hijo se acompaña de alguna de las situaciones siguientes:

— Fiebre, rechazo de la alimentación o le duele al tragar.

— Vomita con fuerza, en chorro, independientemente de la edad que tenga.

— El llanto, en un niño pequeño, aparece y desaparece, sobre todo si se acompaña de diarrea con sangre.

— Alterna llanto, irritabilidad y sueño, especialmente cuando exista fiebre.

— Llora y tiene rigidez de la nuca o la fontanela está abombada o más dura de lo normal.

— Llora al moverse o al movilizar parte del cuerpo, piernas o brazos, al andar o al sentarse.

— Le supura el oído o llora al moverle la oreja.

— Llora desconsoladamente durante más de una hora.

— Siempre que el llanto sea inconsolable y a vosotros, los padres, os preocupe.

10. «Mamá, quiero más comida.» La alimentación durante los primeros dos años

Durante los primeros cinco o seis meses de vida, la lactancia materna o artificial es suficiente para que tu bebé consiga un desarrollo adecuado, pero a partir de esta edad necesita, además de leche, nuevos alimentos para asegurarle un crecimiento óptimo. En este capítulo aprenderás qué otros alimentos son, cuál es el orden y la técnica de introducción.

¿Por qué necesita mi bebé otros alimentos?

Durante los primeros meses de vida, la leche cubre todas las necesidades para el crecimiento, pero cada mes tu hijo necesita más volumen de leche, de tal forma que, cuando termina la toma, su vientre está hinchado como un globo que parece que va a explotar. En estos primeros meses, el organismo de tu hijo no está preparado para otros alimentos diferentes a la leche, no lo está el intestino que digiere y absorbe los alimentos, ni el riñón que excreta por la orina los restos inútiles de aquéllos. Además, a partir de los seis meses las necesidades de calorías para desarrollarse y crecer aumentan, así como su actividad física, necesidades que precisan un incremento de los aportes nutritivos, por eso la incorporación de los nuevos alimentos comportará una mayor cantidad de energía, minerales y vitaminas. Éstos son cereales, frutas, verduras, carnes y pescados, alimentos variados, de consistencia más espesa y con diferentes sabores. La introducción tardía de estos nuevos alimentos dificultará el aprendizaje para el paso a la alimentación del niño mayor. Tu pecho o el biberón de leche artificial continúa siendo, después del primer semestre, un alimento fundamental, pero ya complementado con otros. A partir de ahora, la alimentación exclusiva con leche comienza a ser insuficiente, deficitaria en cantidad y calidad.

El agua ya se toma con la leche, no es necesario ofrecerle más. Cuando tu bebé se alimenta sólo con leche, el agua que ésta contiene es suficiente, excepto cuando el bebé tiene fiebre, diarrea o la temperatura ambiental es muy alta. En estos casos debes ofrecer agua a tu bebé varias veces al día.

¿Qué alimentos y cuándo?

Aunque tu pediatra te indicará los nuevos alimentos que debes introducir en la dieta de tu hijo y el orden adecuado, a continuación se exponen las normas de la alimentación complementaria a la leche; son las normas que aconsejamos la mayoría de los pediatras. Cuando el crecimiento durante los primeros cinco o seis meses de vida es el adecuado, esto es, cuando la ganancia de peso y talla son las previstas, el primer alimento nuevo que se recomienda, hacia los cinco o cinco meses y medio, son las frutas; después, y por este orden, cereales sin gluten, verduras, carne, cereales con gluten, yogur, pescado blanco, legumbres y huevo. Cuando la ganancia de peso es escasa, insuficiente, tu pediatra posiblemente adelantará la introducción de cereales sin gluten al objeto de aumentar el aporte de calorías, consúltalo. A continuación veremos cómo se realiza esta nueva alimentación.

Papilla de frutas

Las frutas se administran a la hora de la merienda, aproximadamente a las cinco de la tarde; la fruta debe estar pelada y triturada con una batidora hasta que quede sin trozos. Se empieza con el zumo de una naranja, medio plátano y media pera o manzana. En los siguientes días se pueden añadir nuevas frutas, melón, sandía, uvas sin semillas, preferentemente las frutas de temporada. El melocotón, las fresas y el kiwi pueden dar alergia y por eso son las últimas en incorporarse, se retrasan hasta los siete u ocho meses. La alergia se manifiesta por aparición de habones o zonas de enrojecimiento en la cara y a veces en el tronco. El kiwi y la piña contienen mucha fibra y por ello son muy adecuados para el estreñimiento. Cuando el niño tome media pieza de cada fruta, puedes aumentarla a una entera, siempre que se las tome sin forzarle. Las frutas deben estar maduras, ya que son más fáciles de digerir.

En nuestro medio, las frutas básicas son la naranja, el plátano, la pera y la manzana, porque son las disponibles para consumir en todas las épocas del año. En otras zonas geográficas puede utilizarse mango, papaya, albaricoque... No se debe añadir azúcar ni miel, aunque sí leche. La fruta debe ser administrada preferentemente con cuchara en vez de biberón, porque el contacto prolongado de la tetina del biberón con los primeros dientes del niño facilita la aparición de caries, debido al alto contenido de azúcar de las frutas.

Si tu hijo rechaza la fruta, no te preocupes, muchos niños no quieren frutas porque les cuesta acostumbrarse a un nuevo sabor y a una consistencia diferente; en este caso ofrécele tu pecho o un biberón

de leche artificial cuando rechace la papilla y, paulatinamente, se irá habituando al nuevo sabor; cada día tomará un poco más, hasta asombrarte, pronto, cuando consiga merendar tres o cuatro piezas de fruta. Dale la papilla de frutas recién preparada, de este modo conservará todas las propiedades, especialmente todas las vitaminas que contiene este alimento.

Papilla de cereales

La papilla de cereales se administra en la cena y más tarde también en el desayuno. Los cereales pueden iniciarse antes o después de las frutas, indistintamente; es recomendable dársela antes, cuando el niño llora durante la noche por hambre, también cuando la ganancia de peso en las últimas semanas fue escasa, situaciones en las que los cereales pueden introducirse incluso a los cuatro meses.

Inicialmente, los cereales serán sin gluten, después de los cinco o seis meses pueden contener gluten; es mejor introducirlos lentamente, primero un cacito en cada biberón o papilla; dos o tres semanas después todo el cereal será con gluten. También puede añadirse una galleta de trigo en la papilla de frutas, de esta forma se cambia el sabor y la consistencia de las frutas, haciéndolas más agradables al paladar de los niños pequeños. El gluten contiene una proteína llamada gliadina que sirve para que estas semillas germinen, pero puede producir alergia y una enfermedad en los niños con predisposición llamada celiaquía. Por tanto, la primera papilla de cereales será elaborada con cereales sin gluten (arroz, maíz y tapioca). El trigo, la avena, la cebada y el centeno contienen gluten. En la actualidad se recomienda administrar cereales con gluten no demasiado pronto ni tarde, no antes de los cinco meses ni después de los siete.

La preparación es sencilla: se necesita agua embotellada o del grifo, polvos de leche adaptada, un biberón, la tetina y los cereales. No necesitas esterilizar el agua del grifo, sólo se hervirá durante unos dos minutos, cuando las condiciones higiénicas del agua corriente no estén garantizadas. Primero se prepara el biberón de leche artificial, se añade el agua y después los polvos de leche de inicio o de continuación, guardando siempre la proporción adecuada entre agua y leche, que es treinta mililitros de agua por cada cacito raso de leche no apelmazada. Puedes empezar por ciento ochenta mililitros de agua con seis cacitos, o doscientos diez mililitros y siete cacitos de leche. Después se añaden dos o tres cacitos de cereales (puedes utilizar el mismo cacito con el que se reconstruye el biberón de leche). Cada día se añade un cacito de cereales más, no de leche, hasta que ésta se espese, a tu voluntad, o mejor, a la de tu hijo.

Algunos niños prefieren la papilla de cereales espesa y otros más líquida. La tetina del biberón debe ser sustituida o agrandados sus orificios para que pueda pasar el nuevo alimento, que cuando es suficientemente espeso puede darse con cuchara. Al principio es más fácil y rápido utilizar el biberón, pero después es más adecuado usar la cuchara. La cantidad de papilla aconsejable es la que el niño acepta sin forzarle. Las recomendaciones del fabricante que aparecen en el envase de cereales son sólo una orientación: cada niño sano tiene su dosis de alimento y ésta debe ser siempre respetada.

A partir de los seis meses se administrarán cereales con gluten. En el mercado se encuentran muchas combinaciones con uno, tres, cinco u ocho cereales, y cualquiera de ellas es adecuada. El cereal más consumido en cualquier edad, en Europa y en los países del norte de América, es el trigo; en Asia, el arroz, y en América del Sur, el maíz, cereales que tienen aproximadamente las mismas características y riqueza en calorías, por eso cualquier combinación de estos y otros cereales es adecuada.

Puré de verduras

Puedes iniciar la introducción del puré de verduras, sustituyendo el biberón del mediodía, una semana después de haber introducido la fruta o los cereales de la cena. Comienza con patata, puerro y zanahoria; después se añaden otras verduras, como el calabacín o las judías verdes... Para su preparación coge una patata, una zanahoria pequeña y un puerro, una cucharada de aceite de oliva y agua, hiérvelo hasta que quede blando, momento en el que se bate o se pasa por un pasapurés para evitar grumos. La sal no es necesaria, porque los alimentos que toman los niños a esta edad contienen suficiente cantidad de sal, aunque podrías añadir un poco, sólo la punta de un cuchillo, de sal. Si el puré queda muy espeso puede añadirse leche o agua. Cada pocos días puedes introducir una nueva verdura, la que encuentres en el mercado; el puré puede hacerse con tres, cinco o más verduras. El tronco de las acelgas puede añadirse en cualquier momento, pero su hoja verde y las espinacas son las verduras que más tarde introducirás, no antes de los diez meses, porque contienen nitritos, una sustancia que puede ser tóxica en los niños muy pequeños. El puré de verduras debe administrarse con cuchara, aunque muchos niños de seis y siete meses tienen dificultad para comer con ella, sacan la lengua y lo expulsan, en cuyo caso estas primeras semanas de introducción de las verduras puedes utilizar el biberón y una tetina apropiada. Como sucede con la fruta, al principio tu hijo puede rechazar la papilla de verduras; no te preocupes, poco a poco la aceptará; en estos casos ofrécele pecho o un biberón de leche

artificial de postre.

Carnes

Se introducen en el puré de verduras para que la comida del mediodía sea verduras con carne, una comida muy saludable que deberían mantener los niños durante toda su infancia. La carne se añade a las verduras cuando el niño acepta y toma éstas, generalmente una o dos semanas después de su inicio. Se comienza con carne de ternera en cantidades de treinta o cuarenta gramos, después muslo o pechuga de pollo, más tarde cordero, cabrito o pavo. Puedes dar a tu hijo todas las carnes que se utilizan para el consumo adulto, aunque las anteriores son las más recomendables porque están siempre disponibles en el mercado. La carne roja, que contiene mucho hierro, también puede emplearse. No utilices vísceras.

La preparación es sencilla. La carne se introduce junto con las verduras y se deja hervir hasta su cocción; una vez blanda, se pasa todo por la batidora para convertirlo en puré de verduras con carne.

Cuando esta comida del mediodía no puede prepararse cada día, puedes guardar raciones y congelarlas. Este alimento congelado no pierde ninguna de sus propiedades nutritivas. Otra opción es comprarla en el mercado, donde existen múltiples variaciones de distintas verduras con carnes. Estos alimentos preparados tienen todas las garantías para ser consumidos por tu bebé y le permiten también un crecimiento y un desarrollo adecuados. Si por algún motivo no puedes preparar el puré de verduras casero, no te sientas mal, utiliza los potitos del mercado, cuyo único inconveniente es su precio.

Yogur

Como sabes, el yogur es leche fermentada que tiene propiedades muy beneficiosas para la salud y es además muy nutritivo. El yogur puede prepararse con leche entera, en cuyo caso no debe darse a los niños antes de los ocho meses porque la leche entera se incluye más tarde, o bien con leche adaptada, pudiendo en este caso administrarse desde los seis meses o a veces antes. Puedes darle yogur como postre de la comida del mediodía o de la tarde, solo o mezclado con fruta triturada, preparando así yogur de frutas natural. El yogur comercializado como de frutas se elabora generalmente con colorantes y saborizantes y por ello es mejor evitarlo. Los niños pequeños pueden tomar uno o más yogures al día, independientemente de la leche que reciban, que nunca se debe sustituir.

Pescado

El pescado es una proteína de alto valor biológico que puede añadirse al puré de verduras, en sustitución de la carne, a partir del séptimo u octavo mes. Puede utilizarse pescado congelado, que conserva las

mismas propiedades nutritivas que el fresco. Se comienza con aproximadamente cuarenta gramos de pescado blanco —merluza, pescadilla, gallo o lenguado— que se hierve junto a las verduras, para después pasarlo todo por la batidora. Es recomendable que el niño tome pescado dos o tres días por semana. Cuando no se dispone de tiempo, puede ser congelado en raciones diarias. El pescado azul, más sabroso y barato, es peor tolerado por el mayor contenido en grasas, motivo por el que no se aconseja hasta después del primer año de vida.

Legumbres

Las legumbres contienen propiedades nutritivas excelentes, aportan hierro, fibras, proteínas e hidratos de carbono. En nuestro medio, la primera legumbre será la lenteja, que se iniciará a partir del noveno o décimo mes en forma de puré. Las lentejas se preparan con zanahoria, patata, cebolla, aceite de oliva, agua y una pequeña cantidad de sal, o sin sal. Es recomendable que un día por semana el niño tome puré de lentejas con un trozo de carne de unos cuarenta gramos. Puedes también añadir las lentejas al puré de verduras. En los siguientes meses puedes introducir otras legumbres, como garbanzos, frijoles o judías. Las legumbres forman parte de la llamada dieta mediterránea, una dieta compuesta además por frutas, verduras y aceite de oliva, entre otros, que ha demostrado tener propiedades preventivas excelentes contra muchas de las llamadas enfermedades modernas: obesidad, arteriosclerosis, infarto de miocardio y otras. Por ello, acostumbra a tu hijo a que coma legumbres durante toda su infancia, al menos una vez por semana. El olor y el sabor de tu comida quedarán grabados en su cerebro durante toda su vida, esto hará que coma saludablemente durante el resto de su existencia.

Huevo

Aunque algunos pediatras introducen en la dieta el huevo antes que las legumbres, otros aconsejamos hacerlo al año de edad, debido a que las proteínas del huevo a veces producen alergia. Para probar que no existe alergia, se inicia con huevo cocido, lentamente, en pequeñas cantidades; por ejemplo, primero la mitad de un cuarto de yema mezclada con la comida del mediodía, aumentando cada día un poco la cantidad hasta llegar a media yema. Después, comienza con la clara, también lentamente, hasta incorporar medio huevo. Comprobada la buena tolerancia al huevo, los niños pueden tomar ya comidas preparadas con este alimento. Un huevo entero en forma de dos medios huevos por semana, mezclados con el puré de verdura o de legumbres, o solo, en forma de huevo revuelto antes de la papilla de cereales de la cena.

Al año de edad, ¿cuatro comidas?

Efectivamente, al año, cuatro comidas. Ya desde los seis meses tu hijo puede comer sólo cuatro veces al día: desayuno, comida, merienda y cena. Desayuno y cena, con leche de vaca de continuación y cereales, puré de verduras con carne de pollo, vaca o cordero al mediodía y papilla de frutas en la merienda. Después de los siete u ocho meses introducirás pescado dos veces por semana, carne los restantes días y después legumbres —puré de lentejas— una vez por semana. Si es posible, pecho como postre, ya que tu leche le aporta tantas ventajas para el momento presente como para el futuro que la hacen muy recomendable. Recuerda que la cantidad de comida la establece tu hijo, y que es fundamental respetar su apetito para evitarle vicios alimentarios, y también para evitarte a ti disgustos y sufrimientos innecesarios. No compares la cantidad de alimentos que toma tu hijo con otros niños, tampoco con las recomendaciones de los envases de papillas.

Alimentos sólidos

Puedes introducir alimentos más enteros en forma de tropezones, trozos de fruta, galletas o pan a partir del primer año de vida o antes, siempre que los tome delante de ti o de un adulto que vigile la posibilidad de atragantamiento. Más tarde podrás incorporar trocitos de pescado blando, cocido o frito, patata, jamón dulce blando o carne con el objetivo de que aprenda a comer y conozca nuevas sensaciones, sabores y consistencias. Hacia al año o en el tercer semestre de vida, la capacidad de trituración de la boca es muy limitada, debido, por una parte, a la escasez o ausencia de piezas dentales de trituración y, por otra, al insuficiente desarrollo de los músculos de la masticación. A esta edad, los niños no pueden recibir alimentos duros porque son incapaces de triturarlos. Por eso, el objetivo de los alimentos enteros, más que la nutrición del pequeño, es la preparación para la alimentación del futuro.

Poco a poco tu hijo se acostumbrará a nuevos sabores. En este segundo año podrás ofrecerle la mayoría de los alimentos que vosotros tomáis: croquetas, pasta, sopa, queso fresco, pescados o carnes, tortilla, arroz blando, galletas, bollería, helados... La introducción de estos alimentos debe ser lógicamente de manera lenta, uno a uno, pero progresiva.

Leche entera

La leche es uno de los alimentos más importantes durante la infancia. Contiene todos los nutrientes en cantidades adecuadas para el crecimiento, excepto hierro. Puedes darle leche entera a partir del año de edad, aunque puede retrasarse al año y medio. La leche será entera, no diluida ni desnatada, ya que esta nata permite la absorción de vitaminas A, D y E. La leche entera se utilizará para preparar las papillas de cereales, también se ofrecerá un biberón o un vaso de leche con la merienda o como postre de la cena.

¿Algún alimento prohibido?

Sí; existen algunos alimentos prohibidos y otros no recomendables. Los alimentos prohibidos son:

Frutos secos

Nunca des a tu hijo, antes de los cinco años, frutos secos (almendras, cacahuetes, pipas, panchitos) porque sus muelas son incapaces de triturar estos productos, y existe el riesgo de aspiración al pulmón. Aunque los niños pueden tragar estas semillas, puesto que cuando van al estómago son asimiladas adecuadamente, a veces tienen un golpe de tos que las conduce por un trayecto equivocado, al pulmón, produciéndose en ese momento una crisis de sofocación y asfixia que puede poner en peligro su vida, incluso matarle. Sacar estos trozos de frutos secos del pulmón es grave y muy difícil. Por eso nunca des ni permitas que tu hijo coma frutos secos antes de los cinco años.

Frutos pequeños

También están prohibidos las aceitunas, las cerezas, los dátiles y otros frutos pequeños y redondos porque pueden quedarse en la garganta, obstruyendo el paso del aire. Los intentos de extracción, cuando el niño comienza a estar sofocado, pueden fracasar ya que el borde redondeado dificulta su pinzamiento para su extracción.

Alimentos no aconsejables

Tampoco son aconsejables los caramelos antes de los tres años. Los picantes, especias fuertes o excitantes, el café, la cola, los alimentos flatulentos y todos aquellos pesados y difíciles de digerir por los adultos lógicamente tampoco deben ser administrados a los niños pequeños.

Los alimentos no recomendables en estos primeros años de la vida porque no aportan ningún beneficio nutritivo son los embutidos grasientos (salchichón, chorizo, salchicha), patatas fritas industriales,

aperitivos salados o dulces, ya que contienen mucha sal y grasa mala. Tampoco las bebidas azucaradas con o sin cola, ni los zumos artificiales, que nunca pueden sustituir al agua o a los zumos de frutas naturales, hechos por ti.

En definitiva, la alimentación durante estos primeros dos años de la vida es fundamental no sólo para que el niño crezca y se desarrolle adecuadamente, sino también para que tu hijo establezca buenos hábitos alimentarios que le serán sin duda útiles para el resto de su vida. Existiendo tantos alimentos saludables, no utilices los que no lo son. Una dieta compuesta de leche, vegetales, frutas, legumbres, carne y pescado será la base de la alimentación durante toda su infancia.

11. «¿Aprende bien mi bebé?» Desarrollo psicomotor del niño menor de dos años

La mayoría de los niños aprende bien, pero algunos se retrasan. Detectar esto puede ser fundamental para el futuro de tu hijo. Este capítulo trata del proceso de aprendizaje durante los dos primeros años de vida, conocido técnicamente como desarrollo psicomotor.

A diferencia del resto de los mamíferos, que ya nacen con la mayoría de las habilidades y dispuestos para la vida, los humanos recién nacidos llegan con total invalidez, inacabados, incapaces de realizar por sí mismos ninguna actividad que les permita tener autonomía.

El desarrollo del cerebro en los siguientes meses condiciona la adquisición de conocimientos y habilidades que no están presentes en el momento de nacer, aparecen lentamente, pero de manera continuada a lo largo de la infancia. Durante los primeros dos años de vida el niño pasa de estar todo el día dormido, indefenso e inválido a tener autonomía para entender y darse a entender, moverse, caminar y tener independencia, así como a relacionarse con otras personas de su entorno.

Durante estas primeras semanas y meses los niños comienzan a llenar su cerebro de sonidos, imágenes, olores, caricias y otras sensaciones; por eso, aunque parezca que no escuchan ni entienden lo hacen más que los adultos, aprenden aunque no se les note. Por ello si tu idioma materno es diferente al del lugar donde habitas, háblale, arrúllale, repréndele si fuera necesario en tu propia lengua, aunque su padre o sus abuelos les hablen en un idioma diferente. Los niños pueden aprender simultáneamente tres, incluso cuatro idiomas diferentes, el único requisito es que escuchen los sonidos de las palabras de estos idiomas continuamente; de esta forma antes del segundo o tercer año de su vida podrán entender y responder en lenguas distintas sin equivocaciones, podrán comunicarse en español,

inglés, chino u otro idioma si su madre, padre o cualquier otra persona les habla en estas lenguas. Muchos padres piensan que los niños pequeños deben aprender primero un idioma y más tarde otro, pero están equivocados, su cerebro está capacitado para absorber los sonidos, declinaciones, palabras, expresiones y ruidos que definen a las lenguas y también a la música.

Muchas madres preguntan qué cosas debe hacer su hijo a tal o cual edad, unas veces porque aunque su bebé avanza bien, por ejemplo en el grado de comprensión, a los nueve meses aún no logra sentarse, y otras, simplemente, porque necesitan tener este conocimiento para poder observar y vigilar adecuadamente la adquisición de cada una de las habilidades. En estas páginas se resume cómo es el desarrollo psicomotor normal durante los veinticuatro primeros meses de vida, para que puedas detectar tanto las desviaciones normales como los signos de alarma que pueden indicar la existencia de un problema en el desarrollo psicomotor.

De qué depende el desarrollo psicomotor

El desarrollo motor, psicológico y afectivo depende básicamente de la maduración del cerebro y de los estímulos que el niño recibe, lógicamente siempre que la alimentación y las condiciones de vida sean las adecuadas. El desarrollo del cerebro, en ausencia de enfermedad o de graves déficits nutritivos, es rápido y es el mismo en todos los niños. La ausencia de estímulos —como hablarle, tocarle, sonreírle, moverle, acariciarle— retrasa el aprendizaje de un cerebro bien constituido. Y, por el contrario, muchos estímulos permiten un desarrollo psicomotor precoz. Estos estímulos, que son sencillamente la expresión de tu afecto, representan el verdadero alimento del cerebro, las vitaminas que harán que tu bebé aprenda mejor y sea más maduro, equilibrado y feliz.

El desarrollo psicomotor puede verse alterado por problemas durante el embarazo, parto (parto prematuro, sufrimiento del feto durante el parto) o por enfermedades producidas antes o después del nacimiento, como infecciones, alteración de los cromosomas o déficit de la hormona tiroidea.

Cómo es el desarrollo psicomotor del lactante

Después de observar a miles de niños sanos, los médicos sabemos que la secuencia del desarrollo es la misma en todos, aunque el momento de aparición puede variar de un niño a otro. Todos aprenden a coger las cosas con una mano, antes de poder cambiárselas a la otra, todos aprenden antes a sentarse que a andar, aunque el momento de hacer cada una de estas habilidades varía de un niño a otro. Por ello, las edades en las que deben aparecer los progresos adquiridos, que indicaré más adelante, no deben producirte inquietud, a no ser que se desvíen mucho de lo que se acepta como normal. Esta normalidad puedes verla en el calendario del aprendizaje, en las páginas siguientes; su objetivo es que te familiarices con el desarrollo psicomotor de tu hijo.

Este desarrollo se realiza simultáneamente en varios campos, aunque a efectos de que lo entiendas mejor lo voy a describir por separado.

El desarrollo motor grueso será el encargado de la futura locomoción, el que le permitirá sentarse, gatear o andar. Al nacer tu hijo está con las manos cerradas, los brazos y las piernas flexionados, y estas últimas debajo del abdomen. Cuando está tumbado boca abajo, levanta el culito y mantiene las piernas flexionadas. Más tarde, estando en esta posición comienza a levantar la barbilla, luego la cabeza; para ello necesita apoyarse sobre sus antebrazos flexionados y después lo hace con los antebrazos extendidos. Las piernas se van extendiendo también y el culito deja de estar tan levantado. Estando boca arriba, tu bebé no puede extender sus brazos ni sus piernas, aunque en las siguientes semanas, brazos y piernas se mueven con rapidez. Cuando comienza a sentarse, al principio con ayuda, la espalda permanece arqueada, pero se endereza progresivamente hasta mantenerse sentado, apoyándose con las manos hacia delante, como un trípode, y más tarde se mantiene sentado sin ayuda externa y sin apoyo de sus manos. Después empieza a ponerse de pie con ayuda o sin ayuda, más tarde da pasos cuando se le sujeta, para al final poder andar solo, correr, dar saltos sobre ambas piernas, y subir y bajar escaleras, adquisiciones que aparecen por este orden.

El desarrollo motor fino será el responsable de que tu hijo pueda coger y manipular objetos. Al nacer, los niños no pueden atrapar cosas porque sus manos permanecen continuamente cerradas. Hacia el segundo mes, de vez en cuando, mantiene la mano abierta y poco después puede agarrar un objeto, un sonajero, por ejemplo, cuando se le pone en la mano, pero no puede cogerlo cuando se le cae. Más tarde, aprende a buscar y a coger las cosas que tiene cerca y le

interesan, después adquiere la capacidad de cambiarlas de mano y hacia los nueve meses puede agarrar objetos pequeños utilizando la pinza de los dedos pulgar e índice. La movilidad y destreza de las manos se va perfeccionando hasta conseguir jugar con cubos, introducirlos unos en otros o hacer torres de elementos cada vez más numerosos; igual sucede con las piezas de puzles, que acierta a colocar paulatinamente a medida que éstos son más complicados.

El desarrollo sensorial, de la audición y del lenguaje comienza con la mirada del recién nacido a su madre cuando ésta le alimenta o le habla. Después puede seguir con sus ojos tus movimientos, y más tarde los sigue, girando también la cabeza.

En las primeras semanas de vida no se ríe, hace muecas de sonrisa cuando duerme o está tranquilo, pero hacia los dos meses aparece la sonrisa social, y cuando tú le hablas a tu bebé, él se ríe, lo que representa que ha entendido el mensaje, lo procesa en su cerebro y lo devuelve. Luego aprende a balbucear, a imitar sonidos, y mucho más tarde dice monosílabos y palabras.

Los niños ven y oyen desde que nacen, se sobresaltan con los ruidos fuertes y se calman cuando se les canta o se les arrulla, después aprenden a girar la cabeza y a localizar el sonido.

¿Qué debe aprender mi hijo y cuándo?
Calendario de aprendizaje del bebé sano

Recién nacido
Permanece casi todo el día dormido, en posición fetal, con los brazos y las piernas flexionados sobre el cuerpo, y la cabeza —que no puede levantar— apoyada sobre un costado. Las manos están cerradas excepto cuando duerme. Puede fijar su mirada sobre la cara de su madre o sobre un punto lejano, generalmente luminoso.

Un mes
Tumbado boca abajo, puede levantar el mentón de vez en cuando. Ya intenta mover las piernas para reptar. Tumbado boca arriba, puede sujetar la cabeza por un instante, cuando le intentas levantar o sentar tirando de sus bracitos, pero inmediatamente su cabeza cae hacia atrás. Puede seguir con la mirada un objeto grande. Las manos continúan cerradas.

Dos meses

Los brazos y las piernas no están tan flexionados, permanecen semiflexionados y los mueve cuando está desnudo. Cuando se sienta, puede mantener la cabeza derecha y sujeta, aunque por poco tiempo. Tumbado boca abajo, puede levantar la cabeza apoyándose sobre los antebrazos y también sabe seguir los objetos grandes que se mueven cerca. Las manos ya permanecen abiertas bastante tiempo y comienza a sonreír a su madre. En algunos bebés totalmente normales, la sonrisa puede aparecer antes o después de los dos meses; es tolerable que la primera sonrisa aparezca hasta ocho semanas después de los dos meses.

Tres meses
Las manos ya están abiertas y por eso agarra un objeto cuando se pone en su mano, pero no puede cogerlo cuando se cae ni tampoco sabe ir a buscarlo. Ya gira completamente la cabeza para seguir lo que le interesa, pero no puede coger las cosas. Tumbado boca abajo consigue elevar la cabeza apoyándose en sus antebrazos. Cuando se le sienta, mantiene la cabeza erguida. Comienza a balbucear, a imitar sonidos y a interesarse por sus manos.

Cuatro meses
Tumbado boca abajo, ya se apoya en los codos y por ello puede levantar la cabeza y la parte superior del tórax. Tumbado boca arriba, apoya toda la planta del pie, juega con sus manos e intenta poner un pie sobre la rodilla contraria. Ya trata de coger las cosas que le interesan.

Seis meses
Tumbado boca abajo, apoya sus bracitos y eleva el pecho y también el abdomen, y ya puede apoyar sólo una mano para jugar con la otra. En esta edad ya sabe buscar y coger el objeto que le interesa y también cambiarse los juguetes de una mano a la otra. Tumbado boca arriba, le gusta mover sus piernas como pedaleando, cogerse un pie para jugar y algunos ya saben darse la vuelta desde la posición boca abajo a boca arriba, pero no al revés.

Ocho meses
Tumbado, ya consigue darse la vuelta en ambos sentidos, aunque en algunos niños este movimiento se retrasa y en otros se adelanta. Puede mantenerse sentado, sin sujeción y mantener la espalda derecha y su cabeza segura; sin embargo, algunos no pueden mantenerse sentados sin apoyo hasta los diez o doce meses. Maneja las manos con alegría,

juega a tirar objetos para que se los recojan y empieza a utilizar su dedo índice para señalar los objetos que le interesan.

Diez meses
Puede ponerse de pie agarrándose en los muebles para levantarse o se sostiene de pie sujetándose en algo, pasa con facilidad de sentado a de pie y viceversa. Utiliza la pinza de la mano, entre el dedo pulgar y el índice, aprendizaje que le permite coger objetos pequeños. También puede iniciar el desplazamiento arrastrándose hacia delante con sus manos. Sabe decir adiós con la mano, dar palmadas y coger un vaso o el biberón y llevárselo a la boca.
De doce a catorce meses
Algunos niños ya caminan solos, otros sólo dan algunos pasos, sujetos por una o las dos manos; también pueden gatear. Los niños que gatean pronto suelen andar tarde, porque adquieren una gran habilidad y rapidez en sus desplazamientos. El gateo es muy individual, algunos aprenden a desplazarse y conseguir lo que les interesa rodando sobre sí mismos o culeando. A esta edad pueden introducir un cubo en otro, utilizan bien su dedo índice para reclamar de sus padres el objeto que les interesa y lanzan al suelo como un juego lo que cogen. Ya comprenden tu tono de voz de advertencia, por ejemplo «no», y comienzan a decir tres o cuatro sílabas, aunque algunos niños no consiguen decir ninguna palabra hasta los veinticuatro meses, pero saben relacionarse con sus gestos, entienden y saben hacerse entender.

De quince a dieciocho meses
Al año y medio, los niños andan solos y saben subir las escaleras gateando; algunos corren, aunque se caen con facilidad. Pueden sujetar la cuchara y llevársela a la boca, aunque manchan mucho y la cuchara se la ponen al revés. Saben pasar las páginas de un libro de ilustraciones, construyen torres de tres o cuatro cubos y tienen un idioma ininteligible, una jerga con la que ellos se entienden, a veces, también su mamá y su papá.

Veinticuatro meses
Han aprendido a correr, saltan sobre sus pies, y suben y bajan solos las escaleras. ¡Cuidado!, porque los más precoces pueden trepar y subirse a lugares desde donde pueden caerse. Ésta es una edad en la que los accidentes y las intoxicaciones son frecuentes.

Cuándo debo preocuparme. Cuándo consultar

El aprendizaje de los niños pequeños es como el de los de mayor edad, muy individual, por lo que existen amplias variaciones dentro de la normalidad, que son vividas por algunos padres con angustia ante el temor de que su bebé tenga alguna enfermedad o retraso mental. Te aconsejo que nunca compares a tu hijo con sus hermanos o con otros niños cercanos; cuando tengas dudas sobre el normal desarrollo psicomotor de tu hijo, consulta a tu pediatra.

Existen, sin embargo, una serie de circunstancias que retrasan el aprendizaje y el desarrollo motor, situaciones que necesitan ser detectadas pronto, ya que su tratamiento precoz facilita enormemente la recuperación. Éste es el caso de la parálisis cerebral, la sordera, el retraso mental o el autismo, entre otros. Algunos signos de alarma que te obligan a una consulta médica son los siguientes:

Primer mes

— Irritabilidad continua.
— Ausencia o succión escasa, poco potente.
— Ninguna reacción a los ruidos.

Primeros tres meses

— Postura del tronco y de las extremidades muy rígidas, tono muscular muy duro o, al contrario, muy blando, sin fuerza, sin tono, de modo que el bebé es incapaz de mantener la cabeza erguida unos minutos, como un muñeco de trapo.
— Ausencia de sonrisa afectiva, de sonrisa social, al tercer mes.
— Imposibilidad para seguir con la mirada a su madre.
— No responde a los sonidos.

Seis meses

— Los puños permanecen todavía cerrados; no puede coger los objetos que le pones en la mano.
— Ausencia de balbuceo, de ruidos de imitación de palabras.
— Persistencia de rigidez de las piernas y en los pies.
— No mantiene la cabeza erguida.
— No se ríe sonoramente, con ruido.

Doce meses

— No se mantiene ni sentado ni de pie.
— Tiene las piernas y los pies rígidos, espásticos o con contracturas musculares, especialmente cuando se le intenta poner de pie y

extiende éstos, imitando los pies de una bailarina de ballet, con cruzamiento de las piernas y los pies.

— El cuerpo, el tronco, presenta poco tono muscular, con poca fuerza.

— No puede coger cosas con las manos.

— No repite los sonidos ni las palabras.

Signos de alarma a cualquier edad

Algunos de estos signos preocupantes son una postura anormal, un tono muscular aumentado o disminuido, presencia de movimientos anormales, poco precisos o mal coordinados, la lentitud o incapacidad para repetir o para aprender, estar ausente, no interesarse por las personas ni por las cosas que le rodean o los movimientos oculares anormales.

En la actualidad existen tratamientos rehabilitadores específicos, sistemas de estimulación precoz y tratamientos médicos que cuando se inician pronto, en los primeros meses de vida, consiguen resultados espectaculares. Por ello es tan importante que aceptes que cada niño es diferente y el tuyo puede desarrollarse con distinta rapidez que otros, siendo ambos normales. También te aconsejo que sigas sin angustia el desarrollo psicomotor de tu bebé, de modo que disfrutes de sus progresos, pero puedas detectar lo antes posible la existencia de anomalías, más allá de lo que se considere normal. Ante cualquier duda o pregunta, consulta con el pediatra de tu hijo.

12. Cuidados y desarrollo en el segundo año de vida

Para ti, mamá o papá, un año es un período corto de la vida, para tu hijo tener un año de edad es toda su vida. Su segundo año será aún más apasionante, descubrirá un nuevo mundo más allá de su hogar, aprenderá nuevas habilidades y se expresará mucho mejor, os conoceréis más y aumentará vuestra unión respetando cada uno su personalidad. Tu hijo comienza ya a configurar su carácter. Este capítulo se completa con otros posteriores que tratarán sobre la alimentación, el desarrollo psicomotor, la rabieta y otros que puedes consultar en este libro.

Alimentación

Su alimentación será más variada, aunque puede seguir disfrutando de los beneficios físicos y psíquicos que le proporcionas con tu leche, porque lo más adecuado es que continúes ofreciéndole lactancia materna hasta que tenga dos años. Desgraciadamente esto es poco frecuente en la actualidad, pero no lo olvides, y si puedes, continúa amamantándole hasta los dos años, es la alimentación óptima, la que recomiendan todas las personas e instituciones que entienden sobre este asunto. Además, lógicamente necesita cereales para su crecimiento, verduras, carnes, pescados —siempre congelados para evitar parásitos—, yogur, cualquier fruta es buena, lentejas, garbanzos, judías, arroz y todos los alimentos que con estos ingredientes puedas preparar. Aunque los fabricantes de leches especiales para bebés recomiendan continuar con las llamadas leches de continuación durante el segundo, incluso el tercer año de vida, la leche entera, no desnatada, puede administrarse sustituyendo la fórmula láctea adaptada, no tu pecho, a lo largo de este segundo año de vida, incluso desde los doce o catorce meses. Como se le irán los ojos detrás de los alimentos de los demás, especialmente de los tuyos y de los de sus hermanos, ofrécele poco a poco, lentamente, todos estos alimentos de adultos. Lógicamente, éstos deben estar blanditos y triturados, porque aún no tiene piezas dentarias para masticar. Su estómago e intestino están ya preparados para recibir cualquier tipo de alimento. ¡Cuidado!, no puede tomar frutos secos hasta los cuatro o los cinco años, porque éstos pueden ser aspirados al pulmón,

produciendo tos, sofoco, dificultad para respirar e incluso la muerte.

Crecimiento

En este segundo año, los niños ganan mucho menos peso, también menos talla, no por enfermedades, sino porque el crecimiento es fisiológicamente menor. Por ello necesitan comer menos volumen y menos calorías, en relación con su peso; además gastan más energía porque tienen cada vez más actividad física. La ganancia de peso en el segundo año de vida es alrededor de la tercera o cuarta parte de la que ganaba en los primeros meses de edad. Aumentan unos doscientos gramos mensuales, cuadruplicando el peso del nacimiento hacia el final del segundo año. Existen grandes variaciones individuales, hay niños comilones y tranquilos que ganan más peso. Otros son inquietos, no paran; éstos consumen más energía a la vez que suelen comer menos, porque se entretienen con cualquier cosa, todo les interesa. Si tu hijo es de estos últimos, no te inquietes, es un comportamiento absolutamente normal, probablemente se parezca a ti o a su padre cuando erais pequeños o a algún familiar muy cercano.

El crecimiento de los niños, a lo largo de toda la infancia hasta la adolescencia, sigue un patrón desacelerado; en cada nuevo período de vida crece menos que en el anterior. En este segundo año crecerá la mitad o algo menos que en su primer año; en el tercer semestre de la vida crecerá alrededor de seis o siete centímetros, y en el cuarto, cuatro o cinco centímetros —siempre crecen un poquito más los niños que las niñas—. Recuerda que los niños se parecen sobre todo a sus padres, también a otros familiares cercanos, por tanto algunos niños son más altos que otros. La talla futura todavía no puede extrapolarse de la actual, a esta edad pueden ser pequeñitos, pero altos de adultos, o al revés.

Aunque su cabeza crece mucho menos, sólo tres centímetros de perímetro cefálico, su cerebro es ya muy grande. Al final del segundo año ya ha conseguido casi el 75 por ciento del peso que su cerebro tendrá de adulto. Ahora necesitas continuar ayudando a tu hijo a llenarlo de experiencias, conocimientos y habilidades para que en el futuro pueda ser un adulto autónomo e independiente. La fontanela se cierra antes del año y medio, aunque algunos niños, normales y sanos, tardan algunos meses más, sobre todo los que tienen la cabeza más grande. Cuando al final del segundo año la fontanela continúa sin cerrarse debes consultar a tu médico.

El abdomen de los niños pequeños suele ser abombado, debido sobre todo al mayor peso de las vísceras abdominales, respecto a la de

los niños de mayor edad. Además, son barrigudos por la escasez de la musculatura abdominal, que no puede impedir que el peso del intestino distienda esa parte de su cuerpo. También porque la columna vertebral tiene en la zona lumbar una curvatura hacia delante, empujando así a los órganos que están delante de esta curvatura, las vísceras abdominales.

Temperatura, pulso y respiración

La temperatura siempre permanece estable, lógicamente en ausencia de enfermedad, varía entre 36,5 y 37,5 ºC. Cuando es inferior a 36 ºC debes verificarla midiéndola en el recto; si se confirma esta baja temperatura, probablemente significa que tu hijo está insuficientemente abrigado, poco protegido, y por ello no puede mantener su temperatura normal. En estos casos debes calentarle y abrigarle, sobre todo cuando su temperatura es inferior a 35 ºC. La temperatura superior a 38 ºC puede significar enfermedad, generalmente una infección o deshidratación, pero también puede ser debida a que está excesivamente abrigado o la temperatura ambiental es demasiado elevada.

La frecuencia del pulso y la respiración varían con el estado anímico y con la edad: conforme aumenta la edad, desciende tanto el pulso como la respiración, pero ambos se incrementan con la fiebre, el dolor, el enfado y la agitación. Aunque no tienes que medir la frecuencia de las respiraciones, es deseable que conozcas aproximadamente los valores que tiene tu hijo cuando está sano, única forma de detectar su aumento en caso de enfermedad.

Dentición

Si no tenía dientes, en este segundo año le aparecerán varias piezas: los incisivos inferiores y superiores, después los premolares y los colmillos y quizá los segundos molares; recuerda que la erupción de los dientes varía mucho de un niño a otro. Las variantes de la normalidad son muy amplias. En este segundo año continuará queriendo probar y morder todo lo que encuentre, pero ahora puede ser peligroso porque su autonomía ha aumentado, dándole la oportunidad de llevarse a la boca juguetes pequeños, el ojo del osito —si puede desprenderlo—, los frutos secos que tomas de aperitivo o la pila de botón de los relojes o de los pequeños electrodomésticos. Esta necesidad de conocer y probar todo lo que encuentra puede ser peligrosa porque se lo traga o, mucho peor, lo aspira al pulmón

pudiendo atragantarse e incluso asfixiarse.

Aprendizaje

Este segundo año es aún más interesante y apasionante para tu hijo y también para ti. Aprenderá a decir palabras, al final de este período dirá alguna frase corta que repetirá muchas veces, también dirá su nombre e intentará narrarte en su lenguaje sus deseos y sentimientos. Es muy posible que se muestre tozudo, déjale, está construyendo su carácter, necesita la constancia para poder ser autónomo en sus nuevas actividades. A lo mejor tiene rabietas, la mayoría de los niños las tiene, es la manera de expresar su frustración porque algunas cosas no las puede hacer, no le salen o a lo mejor no sabe comunicarse, no sabe expresar sus sentimientos con palabras, por eso se enfada, pero seguramente no es enojo contra ti. Dentro de este libro, en el capítulo «Rabietas, cómo evitarlas y cómo manejarlas» puedes informarte con más detalle sobre esta actitud.

Ya puede caminar, con inseguridad al principio, cada vez mejor y con seguridad al finalizar este segundo año. Cuidado en este período porque puede subir escaleras y precipitarse. Cuando sea su segundo cumpleaños quizá pueda saltar y bailar, manejar bien ambas manos y comer solo, aunque lógicamente manchará mucho, entenderá tus órdenes, y también intentará vestirse.

En este segundo año puede continuar teniendo angustia o miedo al separarse de ti o al estar con personas desconocidas, porque puede pensar que tú le abandonas, tu hijo desconoce que eso es imposible. Por favor, disfruta del segundo año de la vida de tu hijo, ayúdale a ser feliz y hazte tú feliz, os lo merecéis, y recuerda que este tiempo, esta experiencia nunca más volverá, porque tu hijo es único, aunque tengas más hijos, éste es especial.

Los besos, las caricias, el afecto y la ternura que le das le ayudarán a configurar una personalidad más equilibrada. Las nuevas destrezas, el aprendizaje, el lenguaje que observas y sobre todo su sonrisa pagan con creces el esfuerzo y las tensiones que puedas tener en algún momento de su crianza.

13. Crecimiento y desarrollo en la etapa preescolar. De los tres a los cinco años

En esta etapa preescolar tu hijo no crecerá tan rápidamente como en los primeros dos años, pero tendrá una curiosidad e imaginación tan extraordinarias que le permitirán interpretar mil papeles en el teatro de su vida. Jugará con las cosas inimaginables a las que convertirá en barco o fortín, en castillo o escuela, casa o teatro, jugará solo, pero también acompañado. Participará en juegos sociales y ampliará su interés por otras personas, ajenas a su entorno cercano.

Crecimiento

Los aumentos de peso y talla continuarán con una curva desacelerada, cada año crece y gana menos peso y talla que en el año anterior. En este período, que dura tres años, los niños ganan aproximadamente dos kilos cada año, algo más en el primer año de la etapa preescolar que en el último. La talla aumentará unos diez centímetros cada año y se dan, como en los años anteriores, grandes variaciones individuales que casi siempre están determinadas genéticamente; al finalizar el período preescolar se puede comenzar a sospechar si la talla definitiva será baja, media o alta.

Al llegar al final de los cinco años de edad, el cerebro representará el 90 por ciento del peso que logrará de adulto, el perímetro cefálico en consecuencia apenas crece en este período, sólo dos centímetros en tres años. Sin embargo, aumenta continuamente la información contenida en su interior: lo importante no es el tamaño cerebral, sino su calidad y ésta depende en gran parte de los estímulos y enseñanzas que reciba.

Alimentación

En los años preescolares tu hijo seguramente comerá menos porque crecerá menos que en los años previos, si le exiges que coma más, crecerá más sólo su cintura, no su estatura. Acepta siempre su apetito, que será variable, oscilante y caprichoso; tu hijo debe establecer la cantidad de la ración de comida, tú la calidad de la misma. Debe ser

muy variada, rica en leche o productos lácteos, carne, pescado, hidratos de carbono, fruta fresca y verduras; ofrécele periódicamente una pequeña porción de nuevos alimentos, si no los prueba, no te preocupes, algún día lo hará. No le fuerces a comer, la hora de la comida tiene que ser un momento gratificante, no de tensiones ni de peleas. A esta edad, a los niños les suele gustar el pescado frito, las patatas al horno, la carne blanda, los guisantes y los platos elaborados más que los purés de verduras. Puede que tu hijo quiera coger los guisantes, las patatas o los alimentos con la mano, incluso poner su mano en el interior del plato... es normal, necesita comprobar el poder de sus manos, no le reprendas ni te alteres, explícale lo que esperas de él, cada año manchará menos.

Debe realizar tres comidas principales con dos meriendas, una a media mañana y otra a media tarde. Una de las comidas principales, al menos, debe hacerla con vosotros, porque se integrará más, aprenderá hábitos alimenticios y disfrutaréis todos, incluso podéis compartir platos. Evita los caramelos, galletas o chucherías, le quitan el hambre y le pueden estropear los dientes. Si observas que está irritable por hambre, antes de tener la comida preparada, dale un pedazo de fruta, media zanahoria o un pedazo pequeño de pan para que se apacigüe sin perder el apetito. Cuida que no coma frutos secos hasta los cinco años, tampoco cerezas, aceitunas ni uvas enteras, porque puede atragantarse e incluso morir por asfixia.

Con cuatro o cinco años puede ayudarte a hacer la compra, colocar los alimentos ordenadamente y otras tareas. Le hará feliz sentirse útil, lavando la fruta o las verduras; estas actividades no son una pérdida de tiempo, aprende, madura y aumenta su autoestima.

Temperatura

La temperatura de su cuerpo continuará siendo la misma, oscilará entre 36 ºC y 36,2 ºC por la mañana temprano, hasta 37,5 ºC por la tarde. Como con cuatro o cinco años puede comer o hacer ejercicio físico, estas actividades pueden elevar su temperatura entre 0,5 y 1 ºC, subiendo a 38 ºC o unas décimas más. Es el acaloramiento propio de la actividad física, refréscale y bajará su temperatura.

Dentición

Los dientes caducos, los de leche, han finalizado su erupción antes del tercer cumpleaños, ya no aparecerán más hasta que se inicie la dentición definitiva, que comenzará alrededor del sexto año de vida.

Si los dientes caducos de tu hijo estuvieran separados, no te preocupes, porque los definitivos saldrán bien, es muy pronto para intranquilizarse, ya que éste no es un problema. Ya puedes cepillar los dientes a tu hijo, él mordisqueará el cepillo para chupar el dentífrico, pronto te imitará y lo hará correctamente. Es mejor que se cepille una vez al día, pero bien, y mejor antes de acostarse por las noches, que tres veces diarias mal. Puede emplear sólo agua o una pasta para niños que contenga poco flúor. La pasta no debe tragarse cuando se enjuague la boca; si lo hace, el lavado de dientes se realizará con pasta dentífrica sin flúor o sólo con agua.

Abdomen

El abdomen cada vez se parecerá más al de un niño mayor, porque la curvatura anterior de la columna vertebral en la zona abdominal, llamada lumbar, se endereza progresivamente en este período. Además, el ejercicio y la actividad física endurecen los músculos rectos anteriores del abdomen, los que los adultos ejercitan para disminuir el tamaño de su vientre; de esta forma tu hijo cada año será más estilizado, atlético y armonioso.

Aprendizaje

Los esfínteres vesical y anal se suelen controlar al principio de la etapa preescolar. Puedes intentarlo a los dos o dos años y medio. Se comienza quitando el pañal durante el día y sustituyéndolo por una braguita o por nada, lógicamente es necesario estar muy pendiente para explicarle dónde se debe orinar, indicándole su bacinilla o váter portátil, que estará en el cuarto de baño. Aunque ensucie la casa, la alfombra o los muebles no le regañes, por favor, está aprendiendo algo muy importante para él y por ello ambos necesitáis mucha paciencia y comprensión. Tu hijo debe familiarizarse con el lugar para orinar y defecar, que es un recipiente específico para él. Para ello, después de las comidas, que es cuando el reflejo para defecar se estimula, o cuando consideres que es su hora de vaciar el recto, siéntalo dentro del cuarto de baño en su orinal; tú, mientras, puedes sentarte en la taza del váter, intentando que te imite. Anímale cuando consiga orinar o defecar en el lugar adecuado, apláudele y manifiéstale que estás muy contenta, pero no te enfades si no lo hace o defeca en un lugar inapropiado. La bacinilla no debe estar como un juguete más en cualquier parte de la casa, tiene que estar en el baño, para que aprenda que ése es el lugar para la higiene. Deber ser cómoda y de

tamaño apropiado. Recuerda que se facilita la emisión de heces cuando el abdomen es presionado por las piernas en una posición casi de cuclillas, sentado en el orinal, pero inclinado hacia delante. Después, algunos niños cogen sus heces y juegan con ellas; otros incluso se las llevan a la boca: están explorando lo que sale de su cuerpo, sin asco ni repugnancia, es un comportamiento normal a esta edad.

Algunos niños que controlan el esfínter vesical, la orina, pueden avisar a su madre, que los conduce a su bacinilla para orinar, pero se resisten a controlar su esfínter anal. Estos niños defecan sólo cuando se les pone el pañal, porque no están aún maduros para controlar el esfínter anal. En estos casos se debe esperar unas semanas para volver a intentarlo. La mayoría de los niños controlan el esfínter vesical durante el día, pero no por las noches, por eso se les debe poner un pañal al acostarse.

Después de defecar y orinar, deben lavarse las manos, especialmente tras la expulsión de heces. Cuando no lo hacen, que es lo habitual, hay que recordárselo, ya que los hábitos higiénicos deben establecerse desde esta edad. Al principio, cuando inician este aprendizaje, el culito de los niños se limpiará con papel higiénico y se lavará con agua y jabón, pero después se limpiarán ellos solos, higiene que aceptan desde aproximadamente los cuatro años. Las niñas deben aprender a limpiarse de delante hacia atrás, para evitar la contaminación por heces de la vulva y de la vagina, no de atrás hacia delante.

Los niños no deben utilizar la taza del váter de adultos hasta que ellos manifiesten su deseo de hacerlo, porque puede asustarlos, es muy alta, se sienten inseguros e inestables. Cuando la utilicen para defecar, deberán apoyar sus pies en una silla o taburete que les dé seguridad; esta postura además les permitirá utilizar la prensa abdominal, apretar para facilitar la expulsión de las heces.

Controlar los esfínteres es fundamental para la autonomía de tu hijo, y antes de los tres o cuatro años deberá haberlo logrado. Esto se consigue con tu ayuda, tu soporte afectivo y tu confianza. Si no lo logra, acéptalo también con cariño. Algunos niños tardan en controlar el esfínter vesical por las noches y mojan la cama. Puedes leer más sobre ello en el capítulo «“Mi hijo moja la cama.” Enuresis».

En la edad preescolar, hacia los cuatro o cinco años, los niños descubren las diferencias entre sexos. Ayúdale a observarte, bañándote con él o con ella y no os ocultéis cuando permanezcáis desnudos. Puede iniciar la exploración de sus genitales; por supuesto, si es varón tiene erecciones desde que era lactante, ahora también y puede iniciar

juegos sexuales que son exploratorios, sin la carga obscena de los adultos. Estos actos son imprescindibles, no los prohíbas, ignóralos o acéptalos como un juego más.

En estos años, la adquisición de conocimientos, las habilidades corporales y la capacidad para comunicarse y relacionarse con los demás son extraordinarias. Cada pocos días aprenderá algo que te sorprenderá, confundirá lo real con lo fantástico, luchará por su independencia a la vez que te reclamará, porque ni quiere ni puede prescindir de ti. Jugará para aprender y aprenderá jugando, ésta será la actividad más importante tanto ahora como en otras épocas de su vida. Puedes saber más sobre la importancia del juego en el capítulo «El juego. Su importancia en los niños».

14. Vacunas, lo mejor para la salud

Las vacunas han representado el mayor avance sanitario para la salud de la humanidad; por sí solas han suprimido devastadoras epidemias, y a la vacunación se debe la casi desaparición de enfermedades tan importantes como la poliomielitis, el sarampión o la difteria y la eliminación definitiva de la viruela. Sin embargo, algunos padres, generalmente jóvenes que no recuerdan los efectos tan deplorables de estas enfermedades, no vacunan a sus hijos. Las vacunas proceden de las vacas, porque se comenzó a conocer su utilidad y a prepararlas, hace ya más de doscientos años, a través de estos animales.

Qué son las vacunas

Las vacunas son sustancias que administradas a personas sanas las protegen contra enfermedades. Las vacunas contra las infecciones están compuestas por una pequeña parte de un microbio, ya inofensivo, porque está muerto. Otras veces éstos han sido modificados en el laboratorio, debilitándolos tanto que son incapaces de producir enfermedad, pero sí de producir anticuerpos protectores. Las vacunas entrenan por tanto el sistema defensivo de las personas vacunadas.

Las vacunas no curan, sirven para no enfermar, utilizan el sistema natural que todas las personas tienen para luchar contra las enfermedades. Cuando un individuo entra en contacto por primera vez con un microbio, por ejemplo, el del sarampión, produce unas sustancias llamadas anticuerpos que ayudan a combatir la enfermedad, pero no la evitan, desarrollándose la enfermedad con toda la virulencia posible. Aunque la enfermedad, en este caso el sarampión, haya pasado, los anticuerpos persisten en el organismo, también la memoria de que esa enfermedad es ya conocida,

disponiéndose de un arma o de unos «soldados» especializados en combatir específicamente esta enfermedad. Esto explica que muchas dolencias, como el sarampión, la varicela, la rubéola y otras, se padezcan sólo una vez. La siguiente, cuando estos microbios quieran infectar nuevamente el sistema inmunitario, éste está entrenado para reconocer a su enemigo y destruirlo. Desgraciadamente muchas enfermedades dejan secuelas permanentes o matan esta primera vez cuando no se está vacunado.

Las vacunas consiguen que el organismo del niño o del adulto entrene su sistema defensivo, produzca anticuerpos contra la enfermedad vacunada sin necesidad de padecer la enfermedad. Las vacunas, por tanto, engañan, simulando que se ha producido una invasión de gérmenes, de forma que cuando este individuo quede expuesto de verdad a esta infección, esté ya protegido, evitándose así padecerla.

Cuántas vacunas debo poner a mi hijo

Todas las recomendadas por los pediatras. Desgraciadamente no existen vacunas contra todas las infecciones; sin embargo, el organismo del niño, incluso el más pequeño, está en condiciones de tolerar múltiples vacunas simultáneas. Éste es el trabajo constante del organismo: estar en contacto con microbios y desarrollar anticuerpos y sistemas de defensa contra ellos. El ambiente que rodea a los niños y a los adultos no es estéril, gracias a los centenares de vacunas naturales que produce continuamente cada individuo, los microbios no nos infectan. Cada nueva vacuna artificial que se produce es un avance, ojalá en los próximos años aparezcan, fruto de la investigación, vacunas contra la mayoría de las infecciones que producen, en la actualidad, enfermedades y dolor en los niños y en sus familias.

En España y en otros muchos países, la mayoría o todas las vacunas son gratuitas, pero en otros son de administración privada. Vacunar a los niños y adolescentes es una inversión muy segura y rentable, es la mejor inversión en la salud de la población. También ahorra en sufrimiento, tiempo y dinero.

Las vacunas son eficaces y muy seguras, pues antes de ser autorizadas para su uso en la población necesitan pasar múltiples estudios y ensayos que duran muchos años, hasta que su seguridad está totalmente comprobada. La autorización para el empleo de estas vacunas procede de organismos internacionales y nacionales,

independientes, y están basadas en estudios incuestionables. La Organización Mundial de la Salud, la Academia Americana de Pediatría, la Asociación Española de Pediatría y la mayoría de las entidades de expertos en salud pública y en pediatría, todos ellos independientes de la industria farmacéutica, aconsejan administrar las vacunas que puedes ver en el calendario que hay al final de este capítulo.

Cuándo se deben administrar las vacunas

Las vacunas se deben administrar en el momento que más protejan. Algunas, como la hepatitis B, se inician en los primeros días de vida; la mayoría se ponen en los primeros meses (difteria, tétanos, tos ferina, polio, etc.), y otras más tarde, después del primer año (sarampión, rubéola, parotiditis, varicela).

Los niños pequeños necesitan dosis repetidas de vacunas, también algunos mayores, porque el poder de inmunización o de protección depende de la propia vacuna y de la edad del individuo vacunado. Al nacer, no se administra ninguna vacuna, excepto la primera dosis de hepatitis B; ésta necesita dos dosis más al segundo y sexto mes, para proteger contra esta enfermedad.

Los primeros dos o tres meses de vida los niños están bastante protegidos contra las enfermedades que evitan las vacunas, gracias a las defensas de su madre. Los anticuerpos maternos pasan a través del cordón umbilical, también por la leche materna, protegiendo al recién nacido.

A partir de esta edad, del segundo o del tercer mes, algunos, pero no todos los anticuerpos maternos prestados desaparecen. A la vez, comienza el organismo del pequeño a poder fabricar estos anticuerpos, ésta es la razón por la que la mayoría de las vacunas se inician a esta edad. Como el sistema inmunitario está aún poco maduro es necesario repetir las mismas vacunas varias veces, para que «aprenda» y su respuesta ante el intento de invasión por microbios sea inmediata y altamente eficaz. Ésta es también la razón por la que se administran vacunas de recuerdo.

Otras vacunas, como la varicela, el sarampión, la rubéola y las paperas consisten en gérmenes vivos, pero muy atenuados, domesticados en el laboratorio. Por ello se administran más tarde, después del primer año de vida, porque los anticuerpos maternos prestados al bebé permanecen más tiempo, neutralizando el efecto

protector de estas vacunas si se administrasen antes de tiempo. Cuando se ponen antes del año es por riesgo de contagio, al haber estado en contacto con algún niño o adulto que padece alguna de estas cuatro enfermedades; en este caso es necesario revacunar, administrar una segunda dosis a la edad habitual, entre los doce y catorce meses de edad.

Por tanto, cada vacuna a su tiempo: si se ponen antes pueden ser ineficaces; si se aplican después se corre el riesgo de padecer la enfermedad que se quiere evitar.

¿Son las vacunas totalmente seguras y eficaces?

Todas las vacunas son muy seguras y eficaces, ninguna produce la enfermedad que se pretende evitar ni ninguna otra. Aunque algunas pueden causar pequeñas molestias en el lugar de la administración, fiebre de corta duración o algún otro síntoma leve. La eficacia de las vacunas es muy alta, pero no total, ninguna protege al cien por cien, pero están muy cerca. Algunos niños vacunados, muy pocos, podrían tener la enfermedad, pero de una manera atenuada, no salvaje. Las vacunas protegen también a las personas no vacunadas, porque los microbios productores de las infecciones permanecen ocultos, generalmente en la garganta o en el intestino, de manera asintomática, sin producir ninguna molestia ni síntoma en la persona portadora. Este microbio puede pasar a través de las manos, la tos o la saliva desde el portador a otra persona, por lo que se produce en ésta la enfermedad. Este efecto beneficioso incluso en los no vacunados ha sido demostrado tanto en humanos como en animales y se denomina «protección en rebaño».

A pesar de que las vacunas son seguras y eficaces, algunos padres no vacunan a sus hijos, unas veces por desidia y otras por desconocimiento. En los últimos años ha aparecido en el mundo una «moda antivacuna», basada en opiniones, no en el conocimiento científico ni en pruebas, que atribuyen el autismo y algunas enfermedades a ciertas vacunas. Internet, responsable de la divulgación de las ideas y los conocimientos, los buenos y los malos, los demostrados y los falsos, es el mayor causante de la transmisión de esta corriente. Hasta ahora ningún estudio ha demostrado relación alguna entre las vacunas y estos efectos perniciosos. Sin embargo, múltiples ensayos clínicos y estudios de investigación realizados por

investigadores independientes de diferentes países del planeta han demostrado su alta seguridad y eficacia para suprimir dolencias que hasta ahora devastaban, enfermaban o mataban a millones de niños y adultos en el planeta. No emplear una herramienta segura para prevenir una grave enfermedad, como la meningitis y otras, o no tratar una enfermedad con antibióticos, como la meningitis, puede considerarse una forma de maltrato infantil.

Cuándo no debo vacunar a mi hijo

Las vacunas deben ser administradas cuando corresponde, excepto que exista una enfermedad aguda grave o una reacción alérgica grave a los componentes de la vacuna.

Contrariamente a lo que muchas personas creen, las vacunas pueden administrarse con seguridad, aunque exista catarro sin fiebre, convalecencia de una operación quirúrgica o de una enfermedad médica, con enfermedad leve, aunque se tenga febrícula, reciba o no antibióticos, también siendo el niño prematuro o malnutrido. Puede vacunarse en verano y en cualquier otra época del año; también cuando con las vacunas previas se presentó una reacción leve con febrícula o fiebre menor de 40,5 ºC, enrojecimiento, dolor o inflamación en el lugar de la inoculación.

Qué enfermedades se evitan con la vacunación

Puedes evitar muchas enfermedades, unas más graves que otras, pero todas indeseables, que hacen sufrir y que pueden producir secuelas duraderas o permanentes, incluso la muerte. Si en el futuro apareciesen vacunas contra el sida, la encefalitis, la bronquiolitis, la otitis o cualquier otra infección, habría que aconsejarlas. Hasta ahora, las enfermedades que previenen las vacunas recomendadas rutinariamente son las siguientes:

Poliomielitis
Es una enfermedad muy grave, que puede matar o dejar secuelas motoras definitivas, en forma de parálisis o de retraso mental. El virus de la poliomielitis infecta el cerebro y la médula espinal, produciendo meningitis y lesión de los nervios que en la médula espinal de la

columna vertebral se encargan de enviar la orden de mover los músculos del cuerpo y las extremidades; en consecuencia, éstas se quedan definitivamente afectadas de parálisis.

Aunque gracias a la vacuna la enfermedad casi ha desaparecido del mundo occidental, no ha desaparecido del planeta. Las personas vacunadas están totalmente protegidas, sin embargo el descenso de las tasas de vacunación en la población podría ocasionar una epidemia imposible de parar, ya que no existen hasta ahora antibióticos para curar esta infección. La poliomielitis se puede, por tanto, prevenir, pero no curar.

La vacuna que se administra en la actualidad es cien por cien segura, corresponde a virus muertos, incapaces por tanto de reproducirse. Se administra a través de una inyección en tres dosis, generalmente mezclada con otras vacunas dentro del mismo inyectable. Se administran dosis repetidas que aseguran anticuerpos protectores suficientes.

Difteria

Como la anterior, es una enfermedad prácticamente desaparecida en nuestro mundo gracias a la vacunación en masa de la población. Es una dolencia grave, que produce dolor y membranas en la garganta que pueden llegar a asfixiar. Puede producir parálisis, fiebre elevada y mucha afectación. Se transmite con mucha facilidad mediante la saliva, la tos y el estornudo. La vacuna protege al 95 por ciento; el riesgo, por tanto, en los no vacunados es muy bajo, inexistente en la práctica, ya que el resto de los niños y adultos vacunados anulan la posibilidad de que el germen circule o permanezca en la garganta de los vacunados.

Tétanos

Es una enfermedad en claro retroceso, en la actualidad rara, gracias a que los niños y adultos están vacunados. Esto impide que las heridas puedan contaminarse por este germen. Los enfermos tienen espasmos y contracciones musculares que les impiden incluso respirar. Es muy grave. La efectividad de la vacuna es del cien por cien. Las personas bien vacunadas no pueden tener tétanos.

Tos ferina

No ha desaparecido, persiste todavía en el mundo desarrollado, bien como casos aislados o en forma de pequeñas epidemias. La tos ferina es muy grave, sobre todo en los niños de pocos meses de edad. Muchas veces produce neumonía, convulsiones, daño cerebral por

falta de oxígeno, incluso la muerte.

Los adolescentes y los adultos cercanos actúan como portadores y reservorio del microbio de la tos ferina; éstos, frecuentemente, son tosedores crónicos, durante semanas o meses. Por eso si alguien cercano a tu hijo es tosedor, sea familiar, vecino o amigo, mándale lejos, evita que se acerque a tu hijo, porque es muy peligroso.

En la actualidad se recomienda la estrategia de la prevención llamada del nido, que consiste en vacunar antes del parto a todos los familiares cercanos al bebé potencialmente portadores del microbio de la tos ferina: padres, abuelos y convivientes adultos en el mismo núcleo familiar. La vacuna de la tos ferina es segura en cualquier período del embarazo y muy útil, más entre las semanas 26 a 32 de gestación porque así el bebé nacerá con altas tasas de anticuerpos anti tos ferina que su madre le transfiere de manera pasiva a través de la placenta. Estos anticuerpos le protegen durante los primeros meses de vida en los que aún no ha recibido las dosis de vacunas de los dos, cuatro y seis meses de vida, como si el bebé hubiera sido vacunado de verdad. Se recomienda una sola dosis de vacuna, bien sola o junto con las vacunas de difteria y tétanos.

Para vacunar tanto a los niños como a su madre, en la actualidad se administra una vacuna muy segura, llamada tos ferina acelular; es más cara, pero evita los efectos secundarios o los minimiza.

Esta vacuna se administra a los niños junto con las tres anteriores, en la misma jeringuilla y en cuatro dosis. La protección que confiere, no siendo total, es muy elevada, se estima en el 80 por ciento, pero evita las formas más graves, las mortales.

Hepatitis B

Es una infección producida por un virus que afecta al hígado, en el que puede permanecer muchos años, produciendo, de manera lenta, años más tarde, cirrosis, cáncer y muerte. Muchas personas que han padecido hepatitis B se curan, pero otras no, manteniendo la infección de manera imperceptible durante años.

Las madres también pueden ser portadoras e infectar a sus hijos a través de la placenta antes de nacer, o después, a través de la sangre o del contacto íntimo. El virus de la hepatitis B se transmite a través de la sangre o de los líquidos corporales.

La vacuna contra la hepatitis B es completamente segura, se obtiene por ingeniería genética. Raramente produce febrícula y molestias de corta duración en el lugar de la inoculación. Aunque puede administrarse a cualquier edad, incluso en adolescentes y adultos, mientras antes se haga, menor tiempo de exposición a la

enfermedad se tiene. Por eso, la pauta más recomendable es la de tres dosis, la primera al nacer o en los primeros días de vida, la segunda uno o dos meses después y la tercera a los seis meses.

Sarampión

Está producido por un virus muy contagioso que se transmite a través de la saliva, por la tos y el estornudo. Cursa con una fase de catarro intenso y conjuntivitis, seguida de la aparición de manchas o exantema en toda la piel, también en el interior de la boca; estas últimas son tan características que permiten el diagnóstico. No existe tratamiento para el sarampión; como otras enfermedades, sólo puede evitarse mediante la administración previa de la vacuna. Aunque parece una enfermedad del pasado, frecuentemente aparecen pequeños brotes que sólo afectan a los no vacunados. Es una enfermedad que puede ser grave porque a veces produce sordera, neumonía y daño cerebral.

La vacuna se administra en una inyección junto con las de la rubéola y la parotiditis, en el mismo envase y pinchazo, es la llamada vacuna triple vírica. Unos seis o diez días después puede aparecer fiebre no elevada que dura uno o dos días, más raramente un punteado rojo y tenue en la piel llamado exantema. Muy infrecuentemente existen síntomas catarrales, también tumefacción de las glándulas parótidas, que están en los laterales de la cara. La vacuna triple viral se administra entre los trece y quince meses, y se repite la dosis entre los tres y seis años. Su efectividad es del 95 por ciento. Puede administrarse también cuando el niño ha padecido antes alguna de las enfermedades incluidas en la vacuna.

Rubéola

Es una enfermedad vírica, similar al sarampión, pero con síntomas menos intensos. Produce fiebre, un exantema parecido al del sarampión y unos bultos detrás de las orejas, en la nuca, axilas e ingles que corresponden a ganglios o adenopatías inflamados. Es una enfermedad leve, excepto en las mujeres embarazadas. Si se infecta el feto, éste puede nacer con retraso mental, cataratas en los ojos, sordera y enfermedad en el corazón o producir el aborto.

Parotiditis o paperas

Es una enfermedad no erradicada, infrecuente, pero no excepcional, que ataca a las glándulas que producen la saliva, inflamándolas. Éstas están situadas en los laterales de la cara, por debajo y por delante de las orejas (glándulas parótidas) y debajo de la lengua. Además cursa

con fiebre, dolor corporal y raramente dolor e inflamación de los testículos y ovarios, que ocasionalmente pueden conducir a la esterilidad. También puede producirse meningitis y pérdida de audición. El síntoma más característico que conduce al diagnóstico es la inflamación de las parótidas, que puede afectar a una o a las dos, apareciendo el aumento del tamaño de la cara, de ambos lados a la vez, o uno detrás de otro. La parotiditis puede darse en cualquier edad, incluso en adolescentes y adultos no vacunados.

Haemophilus influenzae*, tipo B*
Es una bacteria agresiva, no una infección. Este germen puede producir meningitis, otitis, artritis, infección de la sangre, de la piel, del tejido celular subcutáneo y de la epiglotitis. La epiglotitis es una inflamación de la epiglotis, zona de la garganta que cuando se inflama obstruye el paso del aire hacia los pulmones, asfixiando al individuo afectado, generalmente un niño de corta edad. Aunque los antibióticos son eficaces contra estas infecciones, muchas veces su empleo es tardío, cuando la enfermedad está en pleno apogeo.

La vacunación contra el *H. influenzae* es segura y altamente efectiva, consiste en partes de la bacteria muerta, por eso nunca puede producir las enfermedades que trata de evitar. Puede administrarse separada o en la misma jeringuilla, junto con las vacunas de la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis y la hepatitis B. Tanto separada como junto a las demás vacunas es muy bien tolerada, raramente produce molestias en el lugar de la inoculación, consistente en enrojecimiento o induración y febrícula de corta duración. Se administran cuatro dosis a los dos, cuatro, seis y dieciséis o dieciocho meses de edad.

Varicela
Está producida por un virus muy contagioso que produce fiebre y manchas o erupción en la piel y en el cuero cabelludo, que unas horas o días después se convierten en vesículas y costras. Se transmite por la saliva a través de la tos, el estornudo y a través del contacto con la piel infectada. Aunque parece una enfermedad leve, de las que en el pasado se decía que había que pasar, la realidad es que puede complicarse con convulsiones, neumonía, otitis y meningitis, pudiendo producir por ello la muerte. Es mucho más grave en los adolescentes y adultos, también en las embarazadas, porque su bebé puede nacer con malformaciones o morir. Otras veces la varicela deja agotado el sistema inmunitario, facilitando las infecciones por otros microbios.

Una vez pasada y curada, el virus se oculta de por vida, pudiendo

reaparecer años más tarde en forma de otra enfermedad llamada herpes zóster. Puedes leer más sobre la varicela y el herpes zóster en el capítulo «Varicela y herpes zóster. Dos enfermedades, un solo virus».

La vacuna contra la varicela tiene una efectividad alta, entre el 75 y el 95 por ciento, que es aún mayor contra las formas graves, del 95 al 99 por ciento. Su administración es por inyección subcutánea o intramuscular, preferentemente en el brazo, a los catorce o quince meses, debiendo repetirse a los tres o cuatro años, aunque puede hacerse incluso cuando han transcurrido al menos dos meses después de la primera dosis. Una dosis puede ser suficiente para producir inmunidad; los mayores de doce años precisan dos dosis separadas por uno o dos meses de intervalo. Contrariamente a lo que algunos piensan, es mucho mejor vacunar que padecer la enfermedad, porque la vacuna, que consiste en virus vivos pero atenuados, domesticados en el laboratorio, confiere protección, pero no enfermedad. En algunos casos puede producirse meses o años después una varicela muy leve, sin fiebre ni apenas lesiones en la piel.

La vacuna contra la varicela está totalmente contraindicada en las embarazadas porque puede producir abortos y malformaciones congénitas cuando se administra en los primeros meses de gestación. En los últimos meses de embarazo produce un tipo de varicela neonatal que es muy grave. Tampoco debería ponerse esta vacuna a las mujeres con riesgo de quedarse embarazadas en los siguientes dos o tres meses.

Meningococo

El meningococo es una bacteria que puede producir meningitis o una grave infección de la sangre llamada sepsis meningocócica, tan dañina que puede matar unas horas después de haber contraído la infección. La sepsis o septicemia se manifiesta por fiebre, decaimiento, dolor muscular y de piernas y la aparición de unas manchas rojas en la piel llamadas petequias. Éstas se caracterizan porque al apretarlas con un vaso transparente, o al estirar la piel con los dedos, no desaparecen. Aunque existen antibióticos eficaces contra esta bacteria, la infección avanza tan rápidamente que cuando se detecta puede ser demasiado tarde. Puedes ampliar esta información leyendo el capítulo «Exantemas. Sarpullidos en la piel».

Existen diferentes tipos de meningococos. Los dos más frecuentes, en España y en los países de su entorno, son el meningococo B y el C. Existe una vacuna muy efectiva contra el tipo C que se administra rutinariamente a los niños españoles a partir de los dos o tres meses de

edad. Recientemente ha sido comercializada una vacuna contra el serotipo B igualmente efectiva, de la que se administran tres dosis en el primer año de vida con recuerdo entre los doce y quince meses, o dos dosis separadas por dos meses cuando se vacuna a niños mayores de dos años.

Las vacunas menigocócicas son muy seguras, porque se producen con una parte de este microbio muerto. Son altamente eficaces y muy bien toleradas. Se administran en inyección individual a los dos y cuatro meses, repitiéndose otra dosis entre diez y doce meses después. La administración de esta vacuna ha hecho descender drásticamente, hasta casi desaparecer, los casos de meningitis y sepsis por meningococo C y B en aquellas zonas donde se administran. Sería deseable incorporar la vacunación contra el meningococo B de manera rutinaria a toda la población infantil, incorporándola al calendario vacunal oficial.

Neumococo

El neumococo es una bacteria muy frecuente en todos los países de la Tierra, y es en la actualidad la causa más frecuente de muerte, evitable con vacuna, en el mundo. Produce infecciones graves tanto en niños como en adultos. En los menores de cinco años produce meningitis de mala evolución, otitis y neumonías. En los adultos y viejecitos, neumonías y sinusitis, complicando las epidemias anuales de gripe en las personas de mayor edad.

En la actualidad existen dos tipos de vacunas, ambas totalmente seguras. Igual que la anterior, se producen mediante una parte de la bacteria muerta y en consecuencia nunca puede producir infección por este microbio. Una vacuna, la que se utiliza en niños, genera una potente y duradera inmunidad que protege casi totalmente contra las formas graves —meningitis—, pero parcialmente contra las formas de infección menos graves —otitis y neumonía—. Esta vacuna, llamada conjugada, se administra por inyección a los dos, cuatro, seis y entre los doce y los catorce meses de edad, en total tres o cuatro dosis, tres dosis cuando la cobertura vacunal es universal (dos, cuatro y entre doce y catorce meses) y cuatro dosis en las situaciones de no cobertura global de la población infantil (dos, cuatro, seis y entre doce y catorce meses). La otra vacuna no conjugada se emplea en adultos para prevenir la neumonía, una causa frecuente de muerte en las personas mayores y viejecitos.

Otras vacunas no incluidas rutinariamente en los calendarios de vacunación

Existen otras vacunas recomendadas en algunos países, pero no en otros, vacunas útiles que han demostrado, como las anteriores, su eficacia y seguridad, pero que por ser caras, recientes o proteger contra enfermedades menos graves no suelen ser administradas como las anteriores de manera rutinaria a todos los niños.

Rotavirus
Es un virus parecido a una rueda que produce gastroenteritis, manifestada por vómitos, diarrea y a veces fiebre y deshidratación. Representa la causa más frecuente de infección intestinal en los niños pequeños. La infección es muy contagiosa, se realiza a través de las manos y de las heces. Por ello es imprescindible lavarse las manos antes y después de cambiar los pañales a un bebé, o lavar el culito a un niño, tenga o no diarrea. La vacuna se administra por vía oral, dos o tres dosis, la primera a las seis u ocho semanas, las otras uno o dos meses después.

Gripe
El virus de la gripe produce epidemias, generalmente anuales, que se manifiestan por tos, fiebre, dolor muscular, decaimiento y dolor de cabeza. Como todo el mundo sabe, la gripe es muy contagiosa, a través de la tos y los estornudos. Aunque es una enfermedad de la que se recuperan la mayoría de los adultos sanos, produce mucho absentismo escolar y laboral. En las personas debilitadas y en los niños o adultos con enfermedades crónicas se complica, pudiendo producir neumonía, deshidratación e incluso la muerte.

La vacuna se debe administrar a los niños con enfermedades crónicas (diabetes, asma, cardiopatía congénita, neumopatía crónica...), aunque algunas sociedades científicas también la recomiendan en los niños sanos. Esto no es sólo para protegerlos, sino también para disminuir la circulación del virus y por tanto el riesgo de transmitirlos a la población de riesgo. Como el virus de la gripe tiene una gran capacidad para mutar, la vacuna de un año puede no servir para proteger al siguiente, por lo que la vacunación debe repetirse cada año.

Papiloma humano
El virus del papiloma humano llega al cuello del útero de las mujeres por contacto sexual, pudiendo producir muchos años después cáncer

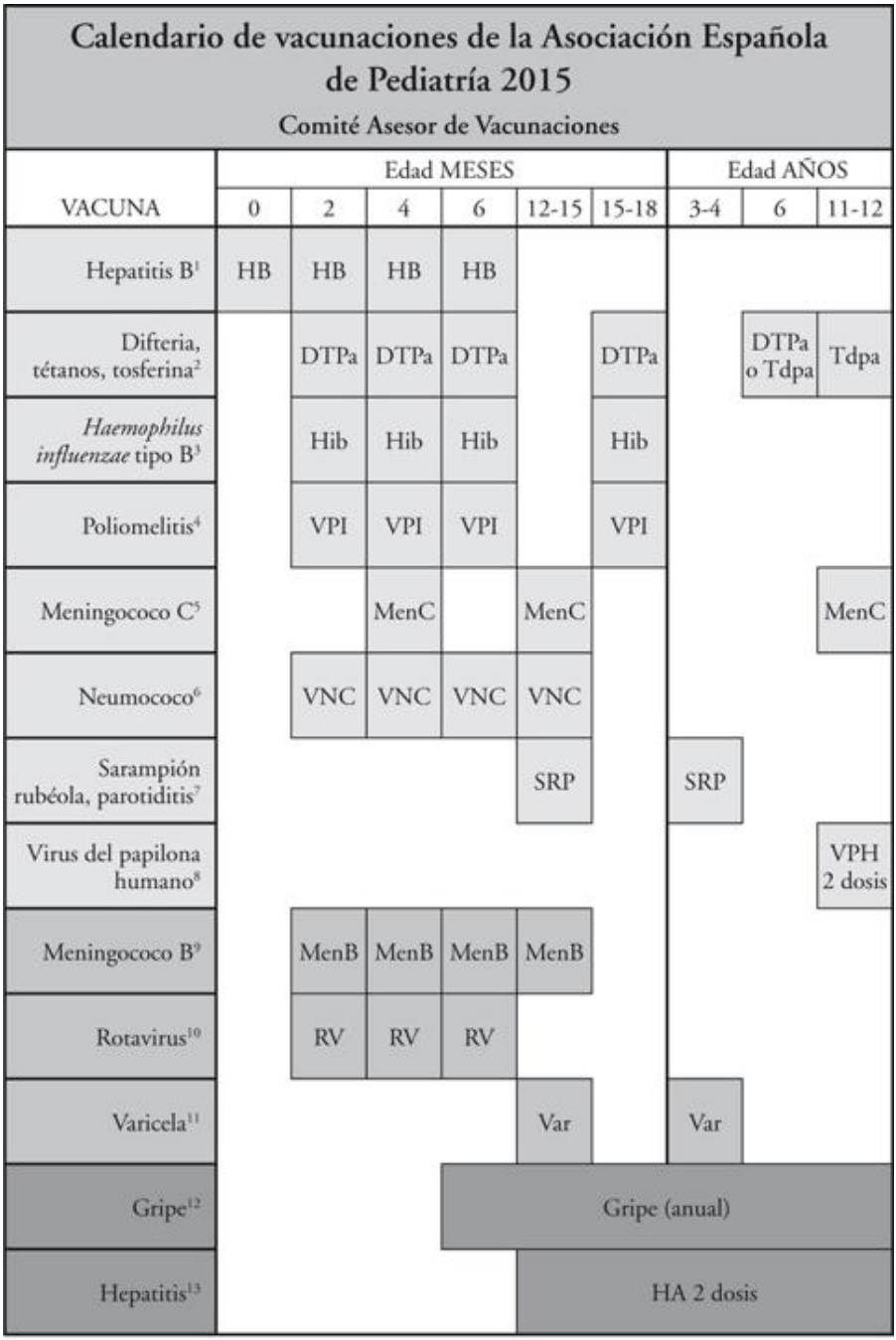
del cuello de útero, el segundo cáncer más frecuente de las mujeres, después del de mama. Durante decenas de años la infección es silenciosa, el hombre que transmite la infección tampoco tiene ningún síntoma.

La vacuna es muy eficaz y segura. Se administra en inyección a una edad en la que las relaciones sexuales aún no se han producido, entre los once y los catorce años, aunque puede ponerse más tarde. Se aplican dos dosis separadas por seis meses.

Hepatitis A

Este virus infecta el hígado, aunque de manera menos grave que el virus de la hepatitis B, además no se cronifica. Se contagia a través de las heces infectadas y de las aguas inadecuadamente depuradas que se contaminan por este virus. Los casos pueden aparecer aislados o en epidemias.

La vacuna es totalmente eficaz y segura al cien por cien; por ello está indicada para todos los niños —especialmente aquellos que viven en zonas endémicas o allí donde se hayan detectado casos— y para los viajeros a zonas desconocidas o donde los controles sanitarios de las aguas residuales no son los adecuados, como los países en vías de desarrollo. Se administra por inyección en dos dosis separadas por un intervalo de 3 a 6 meses.



Este calendario de vacunaciones, diseñado para la infancia y la adolescencia, indica las edades en las que se han de administrar las vacunas consideradas por el CAV-AEP con perfil de sistemáticas, las que todos los niños en España deberían recibir de forma universal, que incluye las vacunas oficiales ofertadas gratuitamente por cada una de las CC. AA.; derecomendadas, que presentan un perfil de

sistemática y que el CAV-AEP considera deseable que todos los niños reciban, pero que, por razones de coste-efectividad, su prioridad se establece en función de las posibilidades económicas de su financiación pública; y dirigidas a grupos de riesgo, como aquellas que se consideran indicadas para individuos en situaciones ambientales o personales que incrementen la probabilidad de presentar formas graves de la infección o desestabilización de su enfermedad de base.

En caso de no llevarse a cabo la vacunación en las edades establecidas, deben aplicarse las recomendaciones de vacunación con las pautas aceleradas o de rescate. Se recomienda consultar el calendario de vacunación de la propia comunidad o ciudad autónoma. Las reacciones adversas se deben notificar a las autoridades sanitarias.

1. *Vacuna antihepatitis B (HB)*. 3 dosis según 3 pautas equivalentes: 0, 1, 6 meses o 0, 2, 6 meses o 2, 4, 6 meses, todas adecuadas para hijos de madres seronegativas (HBsAg -), siendo las 2 primeras pautas también adecuadas para hijos de madres portadoras del virus de la hepatitis B (HBsAg +). Estos últimos recién nacidos (madres HBsAg +) recibirán en las primeras 12 horas de vida la 1.ª dosis de vacuna y 0,5 ml de inmunoglobulina antihepatitis B, la 2.ª dosis de vacuna a la edad de 1 o 2 meses y la 3.ª dosis a los 6 meses de vida. Si la serología materna fuera desconocida deberá administrarse la 1.ª dosis de vacuna en las primeras 12 horas de vida e investigar la serología inmediatamente y, si resultara positiva, administrar 0,5 ml de inmunoglobulina antihepatitis B en la 1.ª semana de vida (preferentemente en las primeras 72 horas de vida). La administración de 4 dosis de vacuna HB es aceptable en niños vacunados de la 1.ª dosis monocomponente al nacer, seguida de 3 dosis de vacuna hexavalente a los 2, 4 y 6 meses de edad; esta pauta es aceptable para hijos de madres HBsAg +. Los niños y adolescentes no vacunados recibirán a cualquier edad 3 dosis según la pauta 0, 1, 6 meses.

2. *Vacuna frente a la difteria, el tétanos y la tosferina (DTPa/Tdpa)*. 6 dosis: primovacunación con 3 dosis de vacuna DTPa; refuerzo a los 15-18 meses (4.ª dosis) con DTPa; a los 6 años (5.ª dosis) con DTPa o con el preparado de baja carga antigénica de difteria y tosferina (Tdpa) y a los 11-12 años (6.ª dosis) con Tdpa.

3. *Vacuna conjugada frente al Haemophilus influenzae tipo b (Hib)*. 4 dosis: primovacunación a los 2, 4, 6 meses y refuerzo a los 15-18 meses (4.ª dosis).

4. *Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI)*. 4 dosis: primovacunación con 3 dosis y refuerzo a los 15-18 meses (4.ª dosis).

5. *Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC)*. 3 dosis de vacuna conjugada monovalente (esquema 1 + 1 + 1): 1 dosis a los 4 meses de edad, otra a los 12 meses de edad y una dosis final a los 11-12 años. Según el preparado vacunal utilizado puede ser necesaria en la primovacunacion una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).

6. *Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC)*. 4 dosis: las 3 primeras a los 2, 4, 6 meses con un refuerzo entre los 12 y 15 meses de edad (4.ª dosis). En caso de inclusión de la VNC en el calendario financiado universal, pauta de 3 dosis: a los 2, 4 y 12 meses de edad.

7. *Vacuna frente al sarampión, la rubeola y la parotiditis (SRP)*.- 2 dosis de vacuna sarampión-rubeola-parotiditis (triple vírica). La 1.ª a los 12 meses y la 2.ª a los 2-3 años de edad, preferentemente a los 2 años. En pacientes susceptibles, fuera de las edades anteriores, vacunación con 2 dosis con un intervalo de, al menos, 1 mes.

8. *Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH)*. Solo para niñas. 2 dosis entre los 11 y los 12 años. Pautas de vacunación según el preparado vacunal: la vacuna tetravalente con pauta de 2 dosis (0 y 6 meses) para niñas entre 9 y 13 años y pauta de 3 dosis (0, 2, 6 meses) si 14 años o más y la bivalente con pauta de 2

dosis (0 y 6 meses) para niñas entre 9 y 14 años, y pauta de 3 dosis (0, 1, 6 meses) si 15 años o más. Es posible su coadministración tanto con las vacunas de MenC, las de hepatitis A y B y con Tdpa.

9. *Vacuna frente al meningococo B (MenB)*. 4 dosis: las 3 primeras a los 2, 4 y 6 meses, con un refuerzo entre los 12-15 meses de edad. También es posible la administración a los 3, 5 y 7 meses para evitar su posible reactogenicidad.

10. *Vacuna frente al rotavirus (RV)*. 3 dosis de vacuna frente al rotavirus: a los 2, 4, 6 meses o a los 2, 3, 4 meses. La pauta ha de iniciarse entre las 6 y las 12 semanas de vida y debe completarse antes de las 32 semanas de edad.

11. *Vacuna frente a la varicela (Var)*. 2 dosis: la 1.ª a los 12 meses y la 2.ª a los 2-3 años de edad, preferentemente a los 2 años. En pacientes susceptibles fuera de las edades anteriores, vacunación con 2 dosis con un intervalo de, al menos, 1 mes.

12. *Vacuna antigripal (Gripe)*. Vacunación anual de pacientes con factores de riesgo y sus convivientes (mayores de 6 meses). 1 dosis en mayores de 9 años; entre 6 meses y 9 años se administrarán 2 dosis la 1.ª vez, con un intervalo de 1 mes y en los años siguientes, si persiste el factor de riesgo, vacunación anual con 1 dosis.

13. *Vacuna antihepatitis A (HA)*. 2 dosis, con un intervalo mínimo de 6 meses, a partir de los 12 meses de edad. Vacunación de pacientes con indicación por viajes internacionales a países con endemicidad intermedia o alta, o por pertenecer a grupos de riesgo. En el caso de que se incluyera la HA en el calendario financiado universal serían admisibles otras pautas.

15. La escuela infantil (guardería). Ventajas e inconvenientes

Muchos padres, quizá tú, tienen que dejar a sus hijos en una escuela infantil, unas veces porque no tienen otra opción, ya que trabajan o estudian, y otras porque consideran que es el mejor lugar para estimular el desarrollo o el aprendizaje de su hijo. Ésta es la primera decisión difícil; antes de tomarla, deberías conocer las ventajas e inconvenientes de las escuelas infantiles. La segunda es elegir cuál es la más adecuada para dejar a tu hijo y la tercera es ejecutarla. Este capítulo te puede ayudar a contestar cuándo, cómo y dónde elegir la mejor escuela para tu hijo.

Ventajas de la escuela infantil

Lo primero que debes saber es que las escuelas infantiles escolarizan a niños de 0 a 3 años. Es una etapa no obligatoria y corresponde al primer ciclo de educación infantil. Antiguamente eran conocidas como guarderías porque su función era precisamente esa, «guardar a niños». Ahora, con todos los conocimientos que se poseen en lo que se refiere al desarrollo psicoevolutivo de los niños de estas edades, las escuelas infantiles cuentan con proyectos educativos ajustados a sus necesidades.

Las escuelas infantiles tienen más desventajas cuanto más pequeño es el niño. La decisión de utilizar estos servicios es en la mayoría de los casos una opción obligada por la estructura familiar, biparental o monoparental, porque no existe otra posibilidad, dadas las obligaciones laborales de los padres, más que una decisión libre, basada en la idoneidad del jardín de infancia para el desarrollo del niño.

Las ventajas e inconvenientes de las escuelas infantiles están claramente condicionadas por la edad de ingreso y por la oferta educativa que nos ofrece la propia escuela; este último factor amortigua o potencia ventajas e inconvenientes.

Las principales ventajas de las escuelas infantiles son:

— Se abre un mundo lleno se sensaciones nuevas para experimentar y estimular todos sus sentidos: pintar con pinturas y témperas, trabajar con diferentes texturas, probar sabores que ya han sido iniciados en casa...

— Para algunos niños, es una aventura excitante y emocionante, donde conocen a otros niños, nuevos juegos y juguetes.

— Comienzan a socializarse, aprender normas, hábitos y costumbres. Se inician en el desarrollo de lo que denominamos habilidades sociales. La escuela infantil tiene lo más importante para los niños mayores de tres años: otros niños. Los de menor edad no necesitan aún a otros niños para jugar, juegan solos.

— Algunos niños son únicos en sus casas y, en consecuencia, no pueden aprender a formar parte de un grupo, necesidad que de mayor es fundamental para lograr la independencia.

— Aprenden a que otros adultos, diferentes a sus padres, se ocupen de ellos, y por tanto a confiar en otros.

— Toman conciencia de que sus enfados, sus miedos, sus alegrías y sus entusiasmos no los afectan exclusivamente a ellos, también a los demás niños. Se hacen menos egocéntricos.

— Las clases de la escuela infantil suelen ser más reducidas que las de escuela, por ello permiten una transición más fácil entre ser el único o casi el único de la casa a formar parte de un colectivo mayor, que obliga a una dedicación menos personalizada.

— Se estimula y entrena el sistema musculoesquelético y sensorial a través del juego colectivo.

— Se desarrolla el psiquismo y la habilidad a través del juego individual y colectivo, también con sus pequeños deberes.

— Los niños aprenden a compartir y a conocer los límites entre lo suyo y las cosas de los demás, a negociar y a comunicar.

— Puede servir para modificar los hábitos alimenticios, variar la dieta y adquirir más autonomía. Algunos niños comen mejor en la escuela que en sus casas.

— Enseña también a los padres a criar mejor a sus hijos. Las buenas escuelas se implican tanto en la educación de los niños como sus padres, al crear «escuelas de padres» donde se abordan aspectos de alimentación, higiene, comportamiento y educación. También ofertan actividades para que padres e hijos puedan disfrutar juntos haciendo

diferentes dinámicas y talleres, en espacios acondicionados, actividades que en muchos casos no llevaríais a cabo porque en casa el espacio que se tiene es limitado y no se dispone del material adecuado, como talleres de psicomotricidad, musicoterapia, cocina..., todo ello adaptado a las edades y necesidades de vuestros hijos.

— La adaptación y la transición al segundo ciclo de educación infantil, que se realiza a partir de los tres años y ya se lleva a cabo en los colegios, es mucho mejor en aquellos niños que han ido previamente a escuelas infantiles.

— Las principales ventajas de las escuelas infantiles abarcan a todos, a tu hijo, a ti y a tu pareja y, en general, a tu estructura familiar, porque muchas veces utilizar la escuela infantil es la única forma de continuar con tus obligaciones laborales, sociales o educativas.

Inconvenientes de las escuelas infantiles

Las desventajas de que los niños asistan a una escuela infantil pueden reducirse cuando se elige el centro adecuado (más adelante encontrarás algunas indicaciones para elegir bien). Sin embargo, pueden tener los siguientes inconvenientes:

— Mayor riesgo de padecer infecciones, especialmente durante los meses fríos del año. Múltiples estudios han demostrado que las infecciones —sobre todo las que afectan a las vías respiratorias, por ejemplo otitis, faringitis, laringitis, catarro común, bronquiolitis, neumonía y gripe— son mucho más frecuentes en los niños que asisten a la escuela infantil, comparados con los que están en sus casas, debido al hacinamiento. Las infecciones respiratorias se transmiten justamente en los momentos de la vida en que el niño es más vulnerable a las infecciones, debido a que su sistema inmunitario, el que le defiende de ellas, está menos entrenado, es menos efectivo. El riesgo de padecer infecciones es mayor durante los meses fríos del año porque las gotitas microscópicas de saliva y de microbios expulsados con la tos pululan por el aula sin que la ventilación, escasa en los meses más fríos, los depure. En los meses más templados o calurosos, las ventanas y puertas abiertas permiten que la corriente natural limpie el aire de virus y bacterias. Otras infecciones, como la gastroenteritis aguda, también son más frecuentes en los niños que asisten a escuelas infantiles.

El hacinamiento y el riesgo de enfermar es tanto mayor cuanto

mayor es el número de niños por metro cuadrado de aula; por ello las guarderías deben tener al menos 4,5 metros cuadrados, incluido el espacio de patio de recreo, por niño. La Unesco recomienda ocho metros cuadrados por cada niño menor de tres años y la mitad para los de cuatro a siete años.

— Mayor riesgo en padres y abuelos de enfermar por infecciones. Los padres y abuelos de los niños que asisten a la escuela infantil enferman más en las épocas escolares que en las vacacionales, y más durante los años en los que sus hijos o nietos asisten a la escuela, respecto a la población adulta que no vive en estas condiciones. Los niños transportan, unas veces con enfermedad visible, otras en forma de portadores de gérmenes sin síntomas, los microbios que en los adultos producen neumonía, bronquitis, catarros o gripe.

— La escuela infantil no es un guardaniños, no debe ser un almacén, sino un espacio de desarrollo y aprendizaje al que acuden niños sanos para aprender. Sin embargo, la realidad es diferente: algunos padres llevan a sus hijos enfermos, no muy enfermos, pero sí enfermos, a la escuela. Esto representa un peligro de contagio para los demás niños.

— Se puede producir en el pequeño ansiedad de separación. Algunos niños lloran desesperadamente cuando sus padres los dejan. Esto es normal siempre que más tarde, unos minutos después, dejen de llorar porque se integran en la actividad propuesta por el profesor. Sin embargo, en otros niños, el llanto, la tristeza, el aislamiento y la ansiedad persisten hasta que vuelven a recogerlos sus seres queridos, y esto sucede un día y muchos días más. Es obvio que estos niños no pueden asistir a la escuela infantil durante esta etapa, porque su vida así es un infierno. Quizá, no se sabe con exactitud, cuando estos niños sean adultos podrían tener más riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad.

La ansiedad y los temores a la separación de los seres queridos es un comportamiento normal en algunas épocas de la vida de los niños. Los menores de ocho meses suelen reírse con todo el mundo y pueden aceptar los brazos de las personas extrañas, aunque reconocen perfectamente a sus seres queridos, especialmente a su madre. Alrededor de los ocho meses de vida, los niños comienzan a reaccionar ante extraños, los miran fijamente, los observan, quizá los estudien, llorando y rechazando a los adultos cuando éstos hacen intentos de aproximación para jugar o cogerlos. Este comportamiento es normal y se denomina «reacción de angustia ante extraño», es el miedo ante la ausencia de la figura materna, el niño se reconforta sólo cuando su madre le acurruca, le habla o le protege.

Por eso, los niños menores de ocho meses se adaptan mejor a la escuela infantil que los de mayor edad. Si tienes intención de utilizar estos servicios, considera la posibilidad de hacerlo antes de los ocho meses o mucho más tarde.

Entre los dos y tres años, todos los niños tienen algún grado de angustia de separación. Esto es normal, a esta edad reaccionan con ansiedad, manifestada por llanto, cuando se les separa físicamente de su madre. Este comportamiento desaparece cuando comprueban que sus madres siempre vuelven, sintiéndose así apoyados y protegidos. Algunos niños tienen ansiedad de separación, de manera intensa y mantenida, repetitiva y de larga duración. Son los niños que lloran de manera inconsolable, no juegan, no se incorporan, no participan en la actividad del grupo, se aíslan en un rincón y están tristes. Estos niños deben ser sacados de la escuela infantil; más adelante puede hacerse un nuevo intento, valorando tanto los aspectos psicológicos del niño como la idoneidad de la escuela infantil escogida. La ausencia de llanto no indica ausencia de angustia de separación, la tristeza, la falta de juego o de incorporación al grupo son suficientes para conocer lo inadecuado de la elección escolar.

Cómo elegir la mejor escuela infantil

Como la escuela infantil es la primera escuela y no un lugar para guardar a los niños mientras sus padres trabajan, la elección puede basarse en la idoneidad del espacio físico y del mobiliario, la profesionalidad de los cuidadores y la cercanía. Éstos son algunos de los requisitos que debe tener:

— Espacio físico adecuado y suficiente, tal y como marca la normativa al respecto, que evite lo más posible el hacinamiento, preferentemente con patio o jardín para las actividades al aire libre.

— Mejor que sea soleado, nunca húmedo y siempre bien iluminado.

— Todas las medidas de seguridad especiales para niños pequeños en ventanas, escaleras, enchufes, productos nocivos, cristales irrompibles.

— Zona para dormir, imprescindible para los menores de dos años.

— Los niños pequeños separados de los grandes.

— Aseos diferenciados para los niños y los educadores.

— Actividades variadas y, en definitiva, una oferta educativa que ofrezca una buena calidad en la enseñanza.

— Juguetes educativos, no tóxicos, no peligrosos por sus formas y características.

— Comedor, donde la comida que se elabore sea propia y no de cátering.

— Mobiliario adecuado a la edad, blando para evitar accidentes, sin cristales, de colores, alegre, que permita el juego y las actividades educativas.

— El suelo de la zona de juegos debe tener la superficie blanda.

— Educadores profesionales, diplomados en jardín de infancia, los que atiendan a los menores de tres años, y maestros de educación infantil los encargados de tres a seis años.

— Personal adecuado, no sólo en su titulación: cariñosos, sensibles y muy pacientes, sustitutivos de los padres cuando éstos no están.

— Educadores en número suficiente, mínimo uno por cada ocho niños menores de un año y aula, o uno por cada trece niños entre uno y dos años.

Las escuelas infantiles cercanas son más recomendables no sólo por ahorro de tiempo, también porque disminuye el riesgo del transporte diario. Además, permiten que los niños puedan encontrarse con otros compañeros de clase en el parque o en las cercanías, facilitando así el sentimiento de la amistad.

A qué edad puedo llevar a mi hijo a la escuela infantil

Siempre que sea posible, tu hijo debería permanecer contigo durante los primeros dos o tres años de vida, porque nada mejor que tu hogar, y nadie mejor que tú, puede cuidarle y cubrir todas sus necesidades, incluidas las afectivas. Como esto, muchas veces, no es posible, la edad más recomendable para el ingreso en la escuela infantil es, o antes de los ocho meses —porque se adaptará mejor, pero recuerda que tienen más riesgo de tener infecciones—, o a partir del año y medio o dos años. A esta edad ya han recibido todas las vacunas y la protección que éstas confieren. Además, a esta edad ya tienen más control de sí mismos y pueden manifestar más claramente sus deseos. Mucho mejor es hacerlo alrededor del tercer año de edad.

Los primeros días tu hijo debería permanecer en la escuela infantil sólo una o dos horas, tal y como suelen proponer las propias escuelas infantiles; es lo que se denomina período de adaptación. Si la respuesta es adecuada puedes aumentar hasta cuatro o cinco horas, más horas es excesivo, excepto que la situación laboral o familiar

obliguen. Es posible que los primeros días sea más vulnerable al llanto y al apego, también porque estará más cansado, se levanta antes y esta experiencia puede ser excitante para él. Ten paciencia los primeros días, el llanto al dejarle suele desaparecer en los siguientes días.

Te recomiendo que hables todos los días con los educadores para conocer los detalles relativos a la alimentación, adaptación, progresos en las relaciones con los demás y con el entorno y sobre su aseo. Al recoger a tu hijo no valores excesivamente si está peinado, lavado o tiene las manos o la cara limpias, esto no es importante, valora su grado de integración y la forma de despedirse del grupo y de sus educadores.

Y, por favor, no te sientas mala madre, no te sientas nerviosa o angustiada por tener que dejar a tu hijo en la escuela infantil. Seguramente eres igual de buena madre que las que pueden estar todo el día con su hijo, porque el tiempo que estés con él lo vas a dedicar a conocerle, cuidarle, hablarle y acariciarle. Esto, que siempre es recomendable, en los primeros años de la vida es imprescindible.

16. El juego. Su importancia en los niños

El juego es la actividad más importante de los niños. Los niños juegan no sólo para divertirse o distraerse, lo hacen para aprender, es su universidad, también es el termómetro que mide su salud. El juego no es una pérdida de tiempo, es fundamental para los niños. Un niño que juega está sano física, mental y emocionalmente, mientras que si no juega está enfermo. Es más importante que observes la apetencia por el juego de tu hijo que ponerle el termómetro, vigilar lo que come o hacerle análisis o radiografías. Cuando los niños de cualquier edad están enfermos o deprimidos dejan de jugar, porque el juego implica una actitud activa y no pasiva, precisa un compromiso físico, emocional e intelectual activo para comprometerse libremente en el juego. El juego es por tanto el mejor indicador de la salud de tu hijo, es tan importante como la comida y el sueño. Si tu hijo juega, duerme y come de manera suficiente, no necesariamente todo lo que le pones, sin duda está sano.

El juego es la mejor universidad. A través del juego, los niños pequeños aprenden a relacionarse con el mundo. Desarrollan su imaginación, se implican emocionalmente, imitan a otros niños, también a sus padres, y mueven sus músculos y articulaciones. El juego es el mejor entretenimiento para la inteligencia, la capacitación de habilidades, las emociones y la actividad física. Más tarde, el juego permite socializar al niño, potenciando las relaciones con otros niños y con su entorno. Cuando juegan, ejercitan su cuerpo en crecimiento, aprenden a controlar y coordinan los movimientos, los músculos y las articulaciones. Además, se estimula la inteligencia y las emociones, porque cuando un niño salta o corre, salta con alegría y corre con emoción o con cólera, implicándose afectivamente, porque el juego es un acto activo, que necesita de la voluntad del niño. Por eso el juego tiene que ser siempre entretenido, divertido, para que voluntariamente sea aceptado. Con el juego, los niños adquieren experiencia al conocerse a sí mismos y al mundo que los rodea, aprenden a ser

imaginativos, a dramatizar y desdramatizar, simulando ser otras personas, niños, adultos o animales. Aprenden a compartir, a tolerar frustraciones y a representar escenarios y situaciones reales o irreales, que le permitirán acercarse al mundo de los adultos.

El juego es imprescindible en todas las etapas de la infancia, lógicamente, al crecer, cambia el tipo de juego y su significado, pasando de esconderse de la cara de su madre, a diversiones colectivas, como el fútbol o la representación de una obra de teatro. Existen formas casi infinitas de jugar, sólo limitadas por el espacio que tienen los niños, los recursos que les proporcionan los adultos y por su propia imaginación.

Qué hacer para estimular el juego de mi hijo

Una vez entendida la importancia del juego para la salud física, mental y emocional de tu hijo, deberías facilitarle los medios para jugar, los materiales y el espacio necesario para ello. Lógicamente, esto varía y depende de la edad de tu hijo, también de sus características y de las de tu familia.

Tú eres el primer compañero de juego de tu hijo, contigo aprenderá a imitar sonidos, a coger los juguetes que le pones en la mano, a tirarlos y deleitarse con el ruido que provocan al caer, más tarde a esconder y encontrar cosas. Poco a poco, tu hijo aprenderá a jugar él solo durante cortos períodos de tiempo, cada vez podrá entretenerse más tiempo, siempre que tenga objetos con los que jugar y espacios para ver. Cuando pueda desplazarse gateando, aprenderá a coger las cosas que le rodean, con las que desarrollará su imaginación. En la edad preescolar aprenderá a jugar con otros niños. El juego le permitirá ser cada vez más independiente, que es el objetivo final de la educación, lograr que tu hijo sea un adulto independiente, equilibrado y bien relacionado con su medio, metas imposibles de conseguir sin el juego.

Los padres, muchas veces influenciados por la industria del juguete, proporcionan a sus hijos sólo «juguetes educativos». Esto limita el juego que le permite aprender sobre el mundo real, sobre sí mismo y sobre su entorno, actividades tanto o más educativas que las obtenidas con los llamados juguetes educativos. Evita caer en ese consumismo, porque todo juego es formativo, entrena todas las capacidades. Evita también el juego pasivo, el de observar en vez de participar. Es muy útil y agradable para tu hijo, y también para ti, que

juguéis juntos, revolcándoos por el suelo, modelando plastilina, cantando, bailando o jugando al baloncesto, porque ello no sólo mejora vuestra unión, también hace que tu hijo se sienta mucho más feliz. Al mismo tiempo, tú puedes recuperar la alegría de tus juegos infantiles, esos que recuerdas, pero que ahora no te atreves a hacer porque te parecen absurdos. Recupéralos y practícalos con tu hijo, te sorprenderás lo bien que te sientan, porque uno de los muchos placeres de ser padres es recuperar la libertad para jugar como un niño, con tu hijo.

Algunos padres, quizá tú, por motivos generalmente de trabajo no tienen tiempo de jugar con sus hijos. No saben estos padres lo que se pierden, aunque descubran años después su error, ya nunca podrán recuperar las sonrisas, las alegrías, las actividades, las emociones y el progreso de su hijo. Te aconsejo que, aunque no tengas tiempo, dediques un poquito, aunque sea media hora al día, para jugar con tu hijo, no para ver la televisión, tampoco para ver cómo juegan otros niños, muñecos o dibujos animados, sino para que te liberes de todos tus cargos y obligaciones y juegues al escondite, a los indios, modeles plastilina o imites a quien tu hijo quiera. Sorprende cada día a tu hijo con un juego, sea diferente o no, ya que éste será feliz también repitiendo el mismo juego de otras veces. Y los fines de semana dedícale más tiempo, os lo merecéis.

A qué puedo jugar con mi hijo

Tu hijo jugará contigo o sin ti, desde las primeras semanas de su vida. Continuará jugando durante toda su infancia y adolescencia, en cada una de estas etapas lógicamente el tipo y la significación de su juego serán diferentes, pero en todas ellas podrás participar. En los primeros años de su vida, hasta la edad preescolar, tu hijo te necesita para toda su actividad, también para jugar. Poco a poco, siendo sus padres importantes para el juego, irá adquiriendo independencia, mientras otros compañeros de juego comienzan a ser cada vez más importantes.

En las siguientes páginas encontrarás ideas para jugar con tu hijo y aprenderás cómo juegan los niños.

Juegos del bebé. El juego durante el primer año de vida

Durante los primeros doce meses de la vida de tu hijo, el juguete eres tú. Durante las primeras semanas el niño no juega, se limita a comer y a dormir, ni siquiera sabe dónde termina y empieza su cuerpo, llora

cuando tiene hambre y se queda dormido cuando su apetito está satisfecho. Pronto aprenderá a chuparse el dedo, volverá la cabeza cuando escuche ruido y podrá contemplar tu cara, estudiará tus facciones, tu olor, color y calor corporal y se sorprenderá de que aparezcas y desaparezcas de su campo de visión. Ya desde el primer momento, hablarle, contemplarle, acariciarle, bañarle y alimentarle es un juego para tu hijo y tú eres su único juguete. Esto no sólo le entretiene y le gratifica, también le ayuda mental y emocionalmente. Si continúas así, con estos estímulos, hablará antes y entenderá mejor, porque imitará este juego. Para tu hijo, tú eres fascinante porque hablas, te mueves, le sonríes, le acaricias y estás siempre ahí, eres el juguete perfecto, el mejor que nunca tendrá.

Hacia los tres meses, a tu bebé le encantará mirar su mano, movimiento que repetirá muchas veces; después los pies, se llevará las manos a la boca y se lo pasará estupendamente jugando a conocerse y a conocer las cosas que le llegan a sus manos. Tú eres la encargada de ponerle objetos de colores, no pesados, como sonajeros, en su mano, a la vez que le hablas y le miras a los ojos. Tu bebé iniciará ruidos para imitarte y tú deberías imitar sus gestos, sus bostezos, sus sonrisas y sus ruidos guturales. Esta interacción entre ambos es muy enriquecedora para tu hijo y muy entretenida para ti. No sólo jugáis, os divertís juntos, y tú te complaces en vivir los progresos que parecen milagrosos de tu hijo.

Hacia los cinco meses, puede jugar a emitir sonidos como «mamama» o «papapa» repetidamente, sonidos que te enorgullecen, aunque es un balbuceo sin significación, no os llama, son las primeras sílabas de los humanos. Estos sonidos empiezan a tener sentido y significado para tu hijo cuando sus padres os identificáis repetidamente con ellos.

En esta época le encantará jugar dando palmaditas, juego que puedes enseñarle cogiendo una de sus manos entre las tuyas y mientras le hablas le das palmaditas rítmicas; él te imitará.

Puedes iniciar juegos como el escondite desde los cuatro o cinco meses. Consiste en taparle los ojos con tus manos y preguntarle dónde está; después, tú contestas a la vez que separas las manos, lo que permite que él te vea nuevamente. Este juego es apasionante, porque tu hijo aprende que te marchas, pero siempre vuelves; después, una vez que tu hijo comprende el juego, puedes aparecer y desaparecer de su ángulo visual, tápate la cara con un pañuelo o invéntate otras formas de escondite, se reirá mucho.

Puedes ponerle una barra o cuerda en su cuna con objetos que se mueven, de colores y de diferentes formas, mejor que hagan ruido, es

un estupendo juego que al principio sólo mirará, hasta que descubre que con una determinada acción puede activar el movimiento y el ruido. También puedes utilizar los sonajeros y las cajas de música que se accionan tirando de una cuerda. Las cuerdas sobre la cuna deben retirarse cuando el bebé consiga incorporarse agarrándose a los bordes de la misma, porque pueden ser peligrosas, ya que se puede enredar en ellas.

Un bonito juego es que le ayudes a incorporarse o a sentarse, tirando sobre sus brazos. También puedes, tumbado boca abajo, ponerle juguetes de colores, como una muñeca o una pelota, para que intente cogerlos; cuando lo haga, acerca el juguete para que pueda cogerlo. Ayudarle a sentarse y después tumbarse es, además de divertido, un estupendo ejercicio físico, hazlo varias veces mientras le describes el juego, a sentarse, a tumbarse, así repetidamente hasta que se aburra o se canse.

Cuando el bebé consigue sentarse y mantenerse cómodo en esta postura, cualquier objeto cercano a él es bueno para jugar: una taza, la cuchara, el móvil de su papá o de su mamá, cualquier cosa que haga ruido, que pueda golpear, tirar, abrir, chupar, explorar... Como todo se lo llevará a la boca con rapidez, cuidado con los objetos pequeños que puede tragar, con las aristas y los materiales tóxicos o peligrosos. Los muñecos de goma o similares y los animales de peluche le sirven también para tocar, ver, oler y chupar. En este segundo semestre le encantará jugar con algo que haga ruido al ser movido. Si está en el parque o sentado encima de la alfombra, no le des muchos juguetes, es mejor que utilice sólo algunos, porque pierde interés de ver y jugar siempre con los mismos, guárdalos y sustitúyelos por otros. Estos juguetes tienen una utilidad muy corta en el tiempo, por ello es recomendable que no compres juguetes, mejor pídelos prestados o fabrícalos con las cosas que te rodean.

Cuando consiga gatear y pueda desplazarse solo, ya no te necesita para que le traigas lo que quiere. Puede hacerlo solo, éste es un gran avance hacia su independencia, es el primer salto también hacia el riesgo, porque encontrará los objetos más pequeños del suelo, esos que tú no ves —un botón pequeño, una aguja, una lentejuela de tu vestido —. Además, encontrará los interruptores, los enchufes de la luz, la bombilla de la lámpara cuya forma y brillo le apasionan y tantas otras cosas. Éste es el momento para que reflexiones sobre cómo proteger a tu hijo de los accidentes domésticos. Asegura los espejos grandes —puede colgarse de ellos—, los enchufes eléctricos, las lámparas, protege las mesas con aristas y picos, retira los manteles de las mesas, protege las escaleras y los desniveles.

A esta edad ya puedes jugar al escondite auténtico. Ocúltate detrás de una puerta o del sofá, gatea con tu hijo, haz carreras y ríete con él. Juega a que entienda órdenes sencillas como «Ven», «Toma», «Dame», «Mira».

Después, juega a levantarle y sentarle, a dar pasitos, a sentarse en una silla, a introducir un cubo dentro de otro más grande, a mover una pelota con la mano y recogerla gateando. Hay tantos y tantos juegos para los que sólo te necesita a ti, a su padre o a algún hermanito, un primo o vecino, para los que apenas necesita juguetes: cualquier objeto es juguete. En esta época, tu hijo se separará pero teniéndote siempre controlada. Tú eres su base de operaciones, necesita tenerte controlada, porque tú tienes todas las cosas que él necesita, sobre todo su seguridad.

En el baño, los niños descubren la plasticidad del agua, el ruido que provocan al golpearla, la esponja, cualquier objeto que pueda flotar, una taza con la que verter incansablemente agua. Aunque tu hijo puede mantenerse sentado en la bañera, nunca le dejes solo. Puede resbalarse y ahogarse incluso con poca agua, porque no tiene capacidad para sentarse y no se puede agarrar a nada para conseguirlo.

El juego en el segundo año

Es el año en que se convierte en un explorador incansable, va y viene para asegurarse del territorio conquistado. Explora los orificios naturales, los suyos y los de sus papás, mete su dedo en todos los huecos que puede, descubre que puede meter y sacar un objeto de una caja, su mejor descubrimiento puede ser vaciar el cajón que encuentra y que logra abrir en la cocina o el dormitorio. Al final del segundo año le encantará jugar con arena, tierra o plastilina, guarrear con agua o con pintura, sentarse junto a otros niños, sin participar en sus juegos, todavía es un jugador solitario. Comprobará algo muy importante: que sabe correr y subir escaleras y que tiene una resistencia física propia de un atleta. Puede estar en actividad horas y horas sin agotarse, como si le hubieran dado cuerda.

Al inicio del segundo año, cuando descubre que puede llegar a todas las partes de su pequeño mundo, ya se marca unos objetivos exploratorios, por ejemplo conocer qué existe detrás del sofá o de la puerta; antes de llegar, a lo mejor se encuentra con un objeto novedoso, un libro, un zapato o el teléfono, que interrumpe su exploración por poco tiempo, hasta que lo conoce y vuelve a marcarse nuevos objetivos. Le encantará agarrarse a cualquier juguete con ruedas o sin ellas, que le permita avanzar sin riesgo, por ejemplo, el

andador, un caballo con ruedas, un triciclo. Aún no puede subirse al caballo ni al triciclo, esto lo hará al finalizar este segundo año. También le gusta golpear con su mano pelotas blandas que puedes colocar a una altura adecuada para este ejercicio de boxeo.

Todavía tú eres imprescindible para jugar, puedes subirle encima de tu cabeza, agarrándole para que se muestre seguro, jugar a la persecución, imitar peleas, elevarlo en el aire y tantos otros juegos activos, en los que tu hijo participe. Ya puedes enseñarle a identificar los objetos con palabras, puedes preguntarle dónde está mamá, dónde está el perrito o cosas cercanas, de forma que cuando mire o señale, cuando acierte, le aplaudas y le muestres alegría. Más tarde, debes cantarle canciones para que aplauda, por ejemplo: «Palmas, palmitas, higos y castañitas» o similares.

Los juguetes pueden comprarse, pedirse prestados o fabricarse en casa. Puedes hacerlos con cajas de alimentos vacíos para que tu hijo los llene y los vacíe con sus otros juguetes, elaborar puzles de varias piezas, utilizar envases de yogur, botellas de leche vacías para amontonar y aporrear, utensilios de cocina para golpear y crear sonidos y otros objetos cercanos con los que seguro tu hijo jugará. También puede divertirse con pianos o instrumentos musicales a los que arranque sonidos diferentes, con muñecos o animales, o con utensilios que le sirvan para arrastrar o explorar. Utilizará sus juguetes para hablar, imitar a su madre, a su padre o a sus hermanos.

Juegos entre el segundo y el tercer año

Éste es el año en el que aumenta su potencial imaginativo, motor y lingüístico. Es el año en el que domina progresivamente los movimientos de su cuerpo, mejora en correr, saltar, subir, bajar, bailar, aumentar su capacidad expresiva y se sentirá mejor y más independiente. Su imaginación es ya asombrosa: alimentará a su muñeca o a su osito, les cambiará los pañales, les hablará, acariciará y regañará; puede imitar que conduce un coche sentado en el taburete o imitar a sus padres en las labores domésticas, ya que generalmente desconoce sus actividades extradomiciliarias. Algunos niños imitan a su médico después de salir de la consulta, abren la boca del muñeco, le tocan el vientre y les miran los oídos, como si fueran el pediatra.

Jugar a ser otro, imaginarse y simular otra persona es muy enriquecedor para tu hijo. Puedes facilitarle estos juegos, permitiendo que bañe a su osito o muñeco en un barreño con agua, puedes proporcionarle una cunita para que le acueste, arrope y hable a su mascota, un teléfono para que hable con su papá o con sus abuelos, o comprarle material en miniatura que imite lo que tú tienes en la

cocina, el baño o en el dormitorio de tu casa. De esta forma, tu hijo juega a ser otro, aprende a imitar, a mover las manos, a imaginar papeles, como si representara una obra de teatro con diálogos y monólogos que te sorprenderán por lo ricos e ingeniosos que son, porque no sólo imitan, sino que también plantean problemas y dan soluciones, una forma de entrenarse para el futuro.

A los tres años pueden tener mucha actividad física. Corren, suben y bajan sin parar, son torbellinos, y por eso necesitan un espacio o medios para que puedan desarrollar el volcán que tienen en sus músculos. Un triciclo, un caballo con balancín, un columpio o simplemente un túnel hecho con cajas de cartón pueden servir para que rastreen, se impulsen o anden en el triciclo; en este caso ponle un casco, por favor, ya que pueden coger velocidad y caerse. Si le puedes llevar al aire libre podrá ya subir y bajar en estructuras de madera y cargar arena en su camión, impulsarse en el columpio o correr detrás de una pelota.

Ya puede empezar a trabajar con plastilina, no para que haga esculturas, sino para masajear, aplastar, golpear o trocear. Lo importante es la acción, no el producto artístico. Más tarde, con cartón duro o cuchillo de plástico, puede elaborar lo que su imaginación quiera: un plato, un pan... También puede borrar y pintar en una pizarra, emborronar una cuartilla de papel utilizando lapiceros gruesos o pintura de témpera, es apasionante pintar con los dedos. Quizá pinte en las paredes o en el suelo, enséñale que no debe hacerlo, pero no le regañes, él únicamente experimenta, desconoce el valor de la pared limpia para su madre.

Aún no sabe jugar con los demás niños, acepta tenerlos a su lado, pero probablemente todavía no juega con ellos, no interactúa, incluso intentará apropiarse de sus juguetes, porque a esta edad todo es suyo, no sabe compartir.

También puede cantar, repetir tus canciones y frases, bailar al son de la música o de tus palmas. Cuéntale cuentos sencillos y lee libros de imágenes mientras le señalas con el dedo, para que aprenda a qué animal o muñeco se refiere el cuento que le relatas. Le puedes leer el mismo libro y contar el mismo cuento todos los días, no te preocupes, no le aburre, le divierte ir conociendo el final de la historia, adelantarse con sus expresiones o su dedo a tu relato es también apasionante para él.

Juego durante la etapa preescolar. De tres a cinco años

Ésta es la edad del juego, siempre están jugando, incluso cuando comen, se bañan o se visten. Es un juego más imaginativo que el de la

etapa anterior, un juego en el que la simulación y la imitación, unas veces sacadas de la realidad y otras de la imaginación, tienen un papel fundamental. Ya puede inventarse personajes inexistentes que le permiten tener un doble papel. Por primera vez realiza juegos colectivos, comparte sin pelearse, juega con otros niños, iniciando el proceso aún no aprendido de la amistad, que en los siguientes años desarrollará. Comienza a tener curiosidad sexual, realiza preguntas sobre las diferencias anatómicas entre niños y niñas o sobre el origen de los niños y de él mismo. Efectivamente, los niños en edad preescolar descubren de manera lenta las ventajas de jugar con los demás niños, iniciándose el camino que los convierte en personas sociables. Más tarde aprenden el concepto de amistad. El juego colectivo les permite entender a los demás y los obliga a expresarse mejor, comenzándose así a tolerar y a canalizar las frustraciones, a autodisciplinarse, en definitiva, a educarse para compartir con los demás. El juego colectivo de dos o más niños y su fantasía les permite establecer innumerables juegos de simulación, en los que uno es el papá y el otro un nuevo bebé, o un cazador y un león, o una mamá y la abuela. Juegos que les permiten por medio de la fantasía llevar a la práctica o ensayar situaciones de temor, prohibiciones, enfados u otros sentimientos, que consiguen hacer frente a los miedos y tensiones.

Otras veces el preescolar, solo o acompañado, juega a comprender la realidad a través de la fantasía, intentando imitar el mundo real cercano; para ello simula ser el tendero, el portero, el cartero, el médico o el bombero. Para estimular estos juegos, que son muy útiles para el equilibrio posterior, también para su felicidad y entretenimiento actual, es bueno que le facilites material para sus fantasías, llevando a tu hijo a visitar los lugares cercanos, como el supermercado, el banco, la oficina de Correos, la farmacia, el colegio de algún vecino o primo..., estas visitas, comentadas abundantemente por ti, le dan un material excelente para trabajar sus fantasías basadas en la realidad. Esto es mejor que llevarle de excursión a lugares exóticos o más alejados de la realidad cotidiana, entornos más adecuados para la edad escolar.

Además, es bueno que dispongas de materiales y accesorios para que tu hijo pueda desarrollar estos papeles: un cajón donde guardes material que tú mismo hayas inventado para ser bombero —un casco, un extintor, una cofia o una capa de enfermera, una bata de médico, o ropas que representen a un policía, a un profesor o mamá—. Para que tenga una casita, puedes convertir una caja grande de un electrodoméstico, recortando la puerta, las ventanas y decorándola. Una caja también puede ser una mesa, cubierta con una sábana o

manta, y tu hijo, solo o con un amigo y su imaginación, hará el resto. Proporciónale una o dos marionetas, compradas o elaboradas por ti con un calcetín viejo, pintando la nariz, los ojos y el pelo. Éste es un juguete con el que podrá mejorar su expresividad, construir frases o inventar historias. La expresión a través de la marioneta le permite decir cosas y hacer preguntas que él solo nunca se atrevería a realizar.

Después de los tres años de edad, tu hijo se puede inventar un compañero de juego, tan inexistente para ti como real para él, compañero que puede permanecer en vuestras vidas durante semanas o muchos meses. Este compañero imaginario de juego tendrá un nombre y hablará por boca de tu hijo, que se expresará por ambos. Seguramente, el imaginario será responsable de todo lo malo, de las travesuras, de las críticas y de los enfados contigo, mientras que tu hijo seguirá teniendo un comportamiento normal. La aparición de un compañero imaginario es absolutamente normal, incluso suelen inventarlo más frecuentemente los niños inteligentes y más imaginativos, y es más frecuente en las niñas que en los niños. Probablemente esto representa el inicio de la formación de su conciencia, proceso lento tan difícil de adquirir como necesario para la vida normal en sociedad.

La curiosidad sexual comienza en la etapa preescolar, en un juego que le permite conocer las diferencias entre niños y niñas, pueden desnudarse, enseñarse y tocarse como una curiosidad totalmente normal. Esto no debe ser rechazado, reprendido ni enfocado por ti como algo vergonzoso o inadecuado; es sólo un juego, no es promiscuidad, es la única manera de satisfacer su curiosidad, sin que intervenga la excitación sexual. El juego de médicos y enfermeras no debe alarmarte, puedes facilitar la curiosidad de tu hijo bañándote con él o permitiendo que te vea cuando te cambias de ropa, lógicamente siempre que este comportamiento sea aceptable para ti. También preguntará de dónde viene él y los demás niños, esto requiere una conversación sencilla y verdadera, no inventada.

Los juguetes comerciales de esta edad pueden ser sofisticados, generalmente caros, con botones o mecanismos para que el tren camine y toque la campanilla o la muñeca llore; o ser por el contrario verdaderamente sencillos, habitualmente económicos. Estos últimos permiten desarrollar la inteligencia y la imaginación mejor que aquéllos, que convierten al niño en un espectador pasivo. Los juguetes compuestos por bloques de madera, de colores y formas diferentes o de material de plástico de piezas grandes les permiten construir un mundo fantástico, con casas, patios, puentes, ríos, un mundo que cambian a su antojo. Un mundo que pueden llenar de imaginación y

que les enseña conceptos como *encima*, *debajo*, *detrás*, *delante*, o que dos cuadrados forman un rectángulo, dos triángulos un cubo; esto, sin saberlo, facilitará en la etapa escolar entender mejor las sumas, las restas y otros conceptos. Además, jugar con bloques los obliga a mover y utilizar mucho los dedos y las manos en coordinación con los ojos, entrenamiento fundamental para el desarrollo intelectual. El cerebro de los humanos dedica una parte muy grande a las manos, porque a través de ellas le llega mucha información. Con las manos, los invidentes ven, pueden leer, palpar, adivinar, sentir y casi soñar. Una diferencia fundamental entre los humanos y otros animales cercanos en la escala zoológica, como los simios, es la capacidad de aquéllos de andar en bipedestación, pudiendo así hace millones de años liberar las manos, lo que obligó al cerebro a perfeccionarse y a ejercitar las manos. Se sabe que ejercitar las manos es necesario para lograr un óptimo desarrollo cerebral en los niños. Las manos y su coordinación con los ojos también se entrenan con la pintura, el recorte, el modelado de arcilla o plastilina o el trabajo con puzles. La pintura inicialmente puede consistir en rellenar con colores diferentes dibujos geométricos, animales o plantas, después pueden repasar estas formas y más tarde dibujar o garabatear con pintura de cera o de témpera. Los recortes precisan una tijera de punta roma y mayor destreza.

Las nuevas tecnologías no sólo están revolucionando el mundo de la información, también el del conocimiento, el de la educación y el de los juegos de niños y adultos. Actualmente la mayoría de los niños tienen acceso a teléfonos móviles y tabletas desde donde aprenden a navegar e interactuar con juegos o canciones y a obtener información de las cosas más diversas. Existen múltiples aplicaciones de móviles para niños que son divertidas, instructivas, estimulantes y recomendables, porque no sólo les entretienen, también les enseñan a agudizar su ingenio, asociar imágenes y conceptos, sincronizar la vista, la audición y los dedos de las manos y, en definitiva, a pensar con rapidez y utilidad para conseguir el objetivo deseado. Aunque tú rechaces estas tecnologías, aunque no existan en tu hogar, tus hijos seguramente las utilizarán en el colegio o con sus amigos. El primer día que los veas con ellas, te sorprenderán por la rapidez y destreza que tienen manejando estas máquinas portátiles. Estos programas, que pueden bajarse o instalarse en el ordenador de la tableta o móvil muchas veces de manera gratuita, pueden ser juegos instructivos, herramientas educativas para aprender idiomas, colores, música, historia o geografía, por lo que, además de entretener, enseñan. Por eso te aconsejo que antes de rechazar estas nuevas tecnologías te

informes bien porque vosotros, padres, tenéis la responsabilidad de elegir aquellos programas y aplicaciones más adecuados a la edad de vuestro hijo y a su desarrollo psicomotor.

En los últimos años de la edad preescolar algunos niños quieren aprender a escribir su nombre pero, aunque pueden imitar el dibujo, aún no están preparados para la escritura; copian, pero desconocen el significado de los trazos. No tengas prisa, ya aprenderán.

Los puzles y otros juegos de mesa o sedentarios son muy apropiados, puedes elaborarlos con una cartulina gruesa y el dibujo de su animal o muñeca preferida, o adquirirlos en un comercio de juguetes. Si estos juguetes fueran excesivamente complicados y se enfada por ello o se frustra, ayúdale o inténtalo unas semanas más tarde.

Los niños de edad preescolar ya pueden comprender un cuento sencillo en un libro de dibujos, por eso será muy gratificante para ti y para tu hijo leer estas historias. Aún no puede entender la escritura, no lo intentes, pero está aprendiendo el valor de la lectura, de los libros y de las historias.

La actividad física es para él cada vez más importante. Necesita correr, saltar, brincar, moverse... es la única forma de entrenar los músculos gruesos, los que se utilizan para la locomoción. Esta actividad la hace con ruidos, gritos, risas; por eso, intenta sacarle al parque o al exterior de la casa, haga frío o calor, mejor con otros niños. Puedes aprovechar estas salidas para explicarle los diferentes tipos de plantas, hojas, flores, hormigas o piedras, esto aumentará su interés por la naturaleza y le permitirá hacer juegos imaginativos con cosas reales. En las épocas de calor, deja que juegue con agua, arena, barro, palas y castillos, le entretiene y le enseña a construir y deshacer, a conocer la plasticidad del agua y la arena, estimula su imaginación y mueve la musculatura fina —la de las manos— y la gruesa —los brazos, las piernas y la espalda.

En la edad preescolar tu papel consiste en proporcionar a tu hijo objetos, elementos, así como compañeros para el juego, un espacio adecuado dentro y fuera de la casa, y garantizar su seguridad. En esta época de la vida a tu hijo le gustará estar y hablar mucho contigo, pero también con otros niños, te hará muchas preguntas, tendrá muchas fantasías y también curiosidad sexual.

17. El sueño. Trastornos más frecuentes

Como todo el mundo sabe, el sueño es imprescindible para la vida. Los niños pequeños duermen muchas horas, conforme crecen lo hacen menos, mientras los adultos, especialmente los viejecitos, duermen poco.

Algunos niños duermen por la noche de un tirón, pero otros no. Se inventan mil excusas para retrasar la hora de acostarse, necesitan que los duerman en brazos o estar acompañados, se despiertan por la noche reclamando la presencia de los padres o tienen terrores nocturnos.

Dormir mal no sólo tiene repercusión en los niños, que durante el día están cansados e irritables, también en los padres, ya que la falta de descanso nocturno afecta a la convivencia de la familia. Cuando el niño no duerme, los padres tampoco, y la falta del sueño reparador entorpece las relaciones laborales y sociales y la felicidad de niños y adultos.

Algunos padres consultan realmente desesperados y agotados por los problemas derivados del sueño de su hijo, solicitando en muchos casos normas y medicamentos para conseguir que el niño tenga un sueño más profundo. En este capítulo aprenderás cuántas horas debe dormir un niño, normas para conseguir hábitos saludables de sueño, así como las causas y las soluciones de los trastornos más frecuentes del sueño.

¿Qué es el sueño?

El sueño es necesario, es imprescindible y sustituye a los períodos de vigilia. Vigilia y sueño se alternan en todas las épocas de la vida,

incluso antes de nacer, siendo feto. Durante el sueño, sea durante el día o por las noches, tu hijo descansa, madura física y psíquicamente, organiza y elabora las experiencias diurnas y posiblemente suceden algunas cosas más que en la actualidad desconocemos. Durante el sueño normal, el cerebro continúa con actividad, duerme sin dormir, durante el sueño se controlan aspectos muy importantes para la vida y el crecimiento, como por ejemplo la producción de las hormonas necesarias para crecer. Durante las horas de sueño cambia la actividad cerebral, muscular, hormonal y psíquica.

En cualquier edad de la vida, el sueño tiene dos fases, una activa y otra pasiva; en la primera, el cerebro permanece activo, existen movimientos rápidos de los ojos, algún movimiento de la boca, extremidades o ruidos guturales. Ésta es la llamada fase REM, en la que se puede recordar lo soñado si en ese momento se despierta; corresponde al ensueño. La otra fase del sueño es tranquila, no activa, corresponde al sueño profundo, más reparador de la actividad física y del cansancio muscular. En condiciones normales, la fase REM o de sueño activo es corta y la del sueño pasivo larga, sucediéndose ambas fases, primero la activa, seguida de la pasiva cuatro veces en la noche. Esto significa que tanto los niños como los adultos cada noche transitan por momentos de sueño activo, fácil de despertar, y sueño pasivo, más profundo y duradero. Conforme aumenta la edad, el tiempo de sueño profundo se incrementa, disminuyendo el de sueño activo. Por tanto, en los niños los despertares son frecuentes, aunque suelen ser de muy corta duración, generalmente no consciente porque el sueño reaparece inmediatamente, excepto que en ese momento los padres no respeten por desconocimiento esta situación y comiencen a estimular al bebé, mediante el encendido de la luz, ofreciéndole de comer, acariciándole, dándole el chupete, diciéndole algunas frases o de cualquier otra forma. El niño aprende así que este agradable estímulo es necesario para volver a dormirse.

Aunque los recién nacidos y lactantes pequeños duermen muchas horas, sus períodos de sueño son más cortos que los del niño mayor y adulto, pero más repetidos.

Cuánto deben dormir los niños

Como todo el mundo sabe, los niños duermen mucho y los ancianos poco; a medida que los niños crecen, el número de horas disminuye y los hábitos se modifican.

A lo largo del primer año de vida, el bebé va necesitando cada vez menos horas de sueño. Durante las primeras semanas de vida, los niños duermen dieciocho o veinte horas al día, transitando por ciclos de sueño superficial y profundo durante el día y la noche, con muchas interrupciones para comer, necesidad que practican cada tres o cuatro horas. Durante estas primeras semanas, el bebé duerme de forma continua sólo una o dos horas. En los siguientes meses, las horas de sueño profundo van aumentando, estableciéndose el ritmo de vigilia y de sueño, de forma que a los cuatro meses el bebé puede dormir tres o cuatro horas seguidas, alternando fases de sueño superficial y profundo.

A los seis meses, el niño duerme entre catorce y quince horas al día, de las cuales diez u once horas son durante la noche; algunos niños duermen de un tirón y otros no, con frecuentes momentos en los que despiertan para volverse a dormir, a veces también para comer. Pueden hacer dos o tres siestas por la mañana y por la tarde. Al año duermen alrededor de doce a catorce horas al día, la mayoría por la noche, con una o dos siestas cortas de una hora, y a los dos años suelen dormir doce o trece horas y una siesta. En los siguientes años lógicamente duermen menos tiempo, pero siempre el necesario para conseguir el descanso que cada persona necesita. A los cuatro años, algunos prescinden de la siesta, pero duermen alrededor de once horas; a los diez años duermen nueve o diez horas. Existen variaciones individuales en cuanto a la cantidad de horas de sueño, cada organismo duerme lo que necesita, cada niño descansa el tiempo que necesita, excepto cuando los adultos no los dejamos dormir o tienen una alteración del sueño o por enfermedad. Si tu hijo se despierta contento es que ha dormido suficiente, aunque a ti te parezca poco; por el contrario, si duerme mucho, déjale, ya que es el tiempo que necesita.

Cómo y dónde debe dormir mi hijo.
Consejos para prevenir el insomnio

Durante el primer año de vida, para prevenir la muerte súbita, tu bebé debe dormir boca arriba, si no le gusta puedes ponerle de lado, pero nunca deberá dormir boca abajo. En este primer año, especialmente en el primer semestre, los niños duermen boca arriba, pero juegan boca abajo. Después del año puede dormir como más le guste, de nada vale que le coloques en una posición, ya que cambiará

inmediatamente a la que le sea más cómoda.

En los primeros tres o cuatro meses, si tu bebé se despierta varias veces por la noche para comer, puedes dejarle dormir en tu habitación, pero en su cuna, nunca dentro de tu cama. Cuando tu hijo se despierte menos veces por la noche para comer, debes cambiarle a su habitación para que se acostumbre a dormir solo. Los siguientes meses serán fundamentales para que enseñes a tu hijo hábitos saludables para dormir, única forma para prevenir el insomnio de los niños.

A partir de los seis meses, el cerebro de los niños está preparado para tener un sueño largo, reparador, nocturno, de muchas horas. Cuando tu hijo se despierta por la noche y le enciendes la luz, le levantas o le alimentas, se interrumpe la fase normal del sueño profundo. Si, por el contrario, al despertarse no encuentra alimento, luz ni caricias, tu bebé se verá obligado a dormir, encontrará una rutina que le llevará nuevamente al sueño.

Por eso es necesario establecer unas normas que te aconsejamos utilices rutinariamente. El orden y la rutina dan seguridad a los niños, que aprenden que después de una cosa, el baño por ejemplo, viene otra, la comida, y después la cama. Debes emplear siempre estas normas rutinarias que pasamos a describir, no sólo los días laborables de la semana, sino también los fines de semana y durante las vacaciones.

Consejos para evitar que tu bebé tenga trastornos del sueño

Los siguientes consejos te pueden ayudar a prevenir los trastornos en el sueño, anomalías que una vez producidas es más difícil de revertir. La clave está en crear una rutina para ir a dormir, rutina que tienes que mantener todos los días.

— No acunes ni mezas a tu bebé para ir a dormir, o finalízalo antes de que se duerma, porque se acostumbrará a este movimiento.

— No le duermas en brazos, después de la rutina diaria, baño, comida, cambio de pañales, ponle a dormir en su cuna. Mantén esta costumbre también cuando su padre llegue tarde o los abuelos y las visitas vayan a verle.

— No interpretes el despertar de tu bebé como hambre, sed o miedo. Recuerda que los niños tienen sueños repetidos, pero de corta duración; la duración del sueño pasivo profundo de los niños se da por períodos de noventa minutos aproximadamente. En los extremos de

ese tiempo se produce la fase de sueño activo, menos profundo y de menor duración, cuando es más fácil de despertar; después vuelve un nuevo ciclo de sueño profundo. Si durante esta fase de sueño más superficial, en la que el niño está en duermevela, enciendes la luz, le das un biberón de alimento, agua, o le pones el chupete, estás interrumpiendo el mecanismo fisiológico de su sueño, impidiendo que entre en la fase de sueño pasivo y profundo. Además, el niño se enfada porque le interrumpes su rutina de sueño y puede que establezca otra rutina que consista en llorar o en llamarte para volver a conciliar el sueño.

— Los niños pequeños pueden ser muy controladores, desean tener a sus seres queridos, a su madre y a su padre, continuamente a su lado y, en consecuencia, muchos no quieren irse a dormir. Continúa siempre con la rutina utilizando la misma frase: «Ahora a dormir.» Probablemente, tu hijo se invente urgencias como que quiere agua o pis, o te llame repetidamente, incluso llore, para evitar estar solo. No cedas, porque si lo haces le estás enseñando a tener insomnio aprendido, que es la principal causa de insomnio en los niños pequeños.

— Evita discutir o enfadarte con tu hijo antes de la rutina de irse a la cama; ello le excita y le dificulta conciliar el sueño. Sigue la rutina de cada noche sin enfado.

— Continúa imponiendo estos hábitos y el horario para dormir, aunque tu hijo crezca, única forma de enseñar a crear los hábitos para ir a la cama. Para que estos horarios, hábitos y normas sean eficaces es imprescindible hacerlos todos los días. A los niños les gusta la rutina, romperla los descontrola.

— Muchos niños hablan, lloriquean o hacen ruidos mientras duermen. No entres en su habitación y no le despiertes, porque al momento vuelve a dormirse profundamente.

— No acuestes a tu hijo en tu cama; si lo haces, él lo interpretará como una «plaza conquistada» y querrá dormir todas las noches contigo. Recuerda que en el primer año de vida la causa más frecuente de muerte es la muerte súbita y ésta se relaciona con dormir en la cama de los padres, con el hábito de fumar y sobre todo con dormir boca abajo. Los niños menores y mayores de dos años deben dormir en cuna o en cama respectivamente, pero no con sus padres.

— Si tu hijo se despierta por las noches asustado, acude a verle, tranquilízale con palabras y caricias, pero después le dices: «Ahora a dormir», en su cuna o su cama, no contigo.

— Con el nacimiento de un nuevo hermano, el ingreso en el colegio o el cambio de casa, el niño retrocede, se hace más pequeño y

puede demandar más protección, un chupete, que le acurruques o que le duermas en brazos. No lo hagas, pero apóyale, haz que se sienta más seguro y ten paciencia, porque esta regresión en su edad es transitoria y pronto volverá a comportarse como antes.

Por qué no duermen bien los niños

Existen varias causas que alteran el sueño de los niños, unas que pueden dificultar que tu hijo concilie el sueño y otras que le despiertan una vez que ya está dormido o le provocan pesadillas y terrores nocturnos. Los trastornos más importantes son los siguientes:

Insomnio por malos hábitos, qué es y cómo se trata

Es el trastorno más frecuente del sueño de los niños y se caracteriza por la dificultad que tienen para dormirse solos; necesitan la compañía de algún adulto, provocando que cada noche sus padres se despierten entre tres y diez veces. Cada noche tienen dificultad o imposibilidad para volver a dormirse solos sin la presencia de sus padres y el sueño es muy superficial. Por todo ello, estos niños duermen menos horas de las que precisan y menos que los niños de su edad.

Las causas de este insomnio pueden ser bien porque no ha adquirido el hábito del sueño en los primeros meses de la vida, especialmente desde el segundo trimestre, o bien porque habiendo adquirido este hábito, aparece en la vida del niño una circunstancia que altera su rutina, como el nacimiento de un nuevo hermano, la entrada en la guardería o el hecho de aprender a andar, situaciones que pueden provocarle una intensa excitación.

El insomnio infantil por hábitos incorrectos afecta a casi la tercera parte de los niños con edades entre los seis meses de edad y los cinco años, y está producido porque el niño no ha adquirido los hábitos para dormir. Se ha establecido un círculo en el que el niño no quiere dormir, los padres acuden a diferentes trucos para que se duerma, que a su vez impiden que el niño adquiera estos hábitos para el sueño, porque cada uno de estos trucos es diferente al anterior. El tratamiento consiste, por tanto, en reeducar para el sueño, en volverle a enseñar de nuevo la rutina preparatoria para dormir, para lo que se necesita la colaboración de ambos padres.

La reeducación consiste en seguir los pasos explicados anteriormente, establecer la rutina a la misma hora: baño, cena, cuento, besos y a la cama; estando aún despierto, la última frase debe ser: «Ahora, a dormir.» Inmediatamente después empezará el llanto. A

partir de este momento existen varias posibilidades de actuación, cualquiera de ellas es adecuada siempre que sea respetada por ambos padres, que tienen que estar totalmente de acuerdo en los pasos que se deben seguir. Estos pasos son:

— Si tu hijo no se quiere ir a la cama o intenta dormir más tarde de lo debido, comienza con un régimen estricto de baño, cena y cama, diciéndole que es la hora de dormir, rutina que adelantarás cada semana veinte minutos, hasta llegar a la hora adecuada.

— Si rechaza, como es previsible, este adelantamiento horario o simplemente se niega a dormir, repite la frase «Es hora de dormir» u otra similar para que entienda que esto significa dormir. Puede ser que al principio tengas que llevar muchas veces a tu hijo a su cama o a su cuna porque se escape de ella. No cedas, es una lucha entre dos voluntades, la personalidad e insistencia de tu hijo, y de la mayoría de los niños, es tan intensa que te sorprenderá.

— Si al llevarle y estar en su cama llora desesperadamente, no entres en la habitación a socorrerle, es teatro, espera un tiempo prudencial de cinco minutos, después entra sólo para comprobar que está bien. No le hables, no enciendas la luz, no le cojas, comprueba sencillamente que no ha vomitado del enfado (muchos lo hacen) y vuelve a salir. Este proceso lo debes hacer durante cuatro o cinco períodos de cinco minutos. Cada día, aumenta el período de espera otros cinco minutos hasta llegar a treinta minutos. Muchos niños lloran con rabia treinta minutos sin descanso.

— Si el trastorno del sueño consiste en que tu hijo se despierta cada noche y te reclama para que le duermas nuevamente acunándole, cogiéndole las manos y hablándole, o de cualquier otra manera, déjale llorar treinta minutos, al cabo de este tiempo entra en la habitación sin hablarle ni cogerle, comprueba que está bien y sal de su cuarto. Es posible que tu hijo se calle o te regañe en su lenguaje, pensará que ahora necesita llorar mucho más para que acudas, por eso no debes hacerlo. Sal nuevamente de la habitación y déjale llorar otros treinta minutos, así durante tres períodos de media hora. Antes de la tercera noche, tu hijo no te reclamará, si se despierta, habrá aprendido como el resto de los niños que puede dormirse solo. Durante el llanto, gritará y llorará con la mayor fuerza que pueda, no estés detrás de la puerta de la habitación, él lo percibirá y llorará más fuerte.

— No te sientas mal por emplear estas medidas, son intervenciones que modifican su mal hábito de sueño sin producir ningún trauma psíquico. Durante el día, dale mucho afecto, acaríciale y protégele.

— Nunca utilices medicamentos, sedantes ni tranquilizantes para dormir a tu hijo; producen un fenómeno llamado «de tolerancia» que

obliga a utilizar dosis cada vez más altas para conseguir el mismo efecto, lo que hará que se convierta en dependiente del mismo.

Terrores nocturnos, qué son y cómo se tratan

Es un trastorno hereditario que ocurre en niños entre uno y ocho años de edad. Se caracteriza porque una hora o dos después de acostarse, el niño empieza a estar agitado o inquieto, chilla o grita, confunde objetos o personas con cosas peligrosas. No parece enterarse de la presencia de sus padres, que intentan calmarle, a pesar de que el niño está con los ojos abiertos y mira fijamente; en ocasiones se sienta o corre diciendo o gritando cosas sin sentido.

Los terrores nocturnos no tienen importancia, no dejan secuelas psicológicas y el niño no los recuerda a la mañana siguiente. Estos terrores desaparecen antes de los diez o doce años.

La causa desencadenante más importante de los terrores nocturnos es el cansancio y la falta de sueño. Por eso tienes que conseguir que tu hijo descanse más, bien durmiendo una siesta o bien acostándole antes por la noche. Cuando ninguna de estas cosas sea posible, intenta que tenga un tiempo de silencio, de tranquilidad, durante una hora.

Si los terrores nocturnos son frecuentes, investiga cuánto tiempo después de acostarse aparecen. Cuando la hora de los terrores es siempre similar, puedes despertar a tu hijo unos minutos antes, mantenerle despierto y fuera de la cama durante cinco minutos, esto durante siete noches consecutivas. Si reaparecen los terrores, repite este procedimiento, es muy eficaz en la mayoría de los niños.

Te aconsejamos que consultes con tu pediatra en los siguientes casos:

— Tu hijo hace algo peligroso durante estos episodios.

— Si babea, tiene movimientos rítmicos, espasmos o rigidez.

— Si los episodios de terrores ocurren durante la segunda mitad de la noche.

— Si los episodios duran más de treinta minutos.

Sonambulismo, qué es y cómo se trata

Consiste en repetir dormido, a las tres o cuatro horas de sueño y de manera automática, las cosas aprendidas durante el día, las actividades habituales. Aparece generalmente entre los cuatro y ocho años y desaparece de manera espontánea en la adolescencia. Predispone al sonambulismo la fiebre, el cansancio, la falta de sueño y algunos medicamentos, pudiendo existir también antecedentes de algún familiar con este trastorno.

Los niños, al despertarse sonámbulos, realizan actividades

normales del día: lavarse, peinarse, dibujar, jugar...; algunos pueden incluso salir de su habitación y de su casa. El episodio puede durar desde minutos hasta media hora, después vuelven a acostarse.

El niño no debe ser despertado, tiene que ser conducido con suavidad a su cama, mientras le hablamos con frases cortas. Si se le despierta estará confundido y no recordará nada de lo sucedido. Estos episodios pueden repetirse varias noches seguidas, pero sólo una vez cada noche.

La vivienda debe tener medidas de seguridad en las ventanas y escaleras, así como un cerrojo apropiado que impida salir a la calle.

Pesadillas

Casi la mitad de los niños tienen pesadillas en algún momento de su vida. Consisten en vivir durante el sueño un hecho real o inventado. Las pesadillas suelen producirse durante la segunda mitad de la noche, despiertan al niño, que sabe explicar con detalle lo soñado y el episodio que le ha hecho despertar. Las pesadillas son normales en niños y adultos, no tienen importancia, no es síntoma de ninguna alteración. Cuando tu hijo te cuente alguna pesadilla, escúchale, cálmale y quita importancia al sueño.

Rechinar los dientes

Algunos niños chirrían o rechinan los dientes durante el sueño; este acto técnicamente se llama *bruxismo*. Está producido por la contracción de los músculos de la masticación, que provoca un rozamiento intenso entre los dientes o las muelas superiores e inferiores y un ruido desagradable. El origen del bruxismo no es, como popularmente se cree, la presencia de parásitos o lombrices intestinales.

Los niños que rechinan los dientes someten a éstos y a la articulación de la mandíbula inferior a un desgaste excesivo. Por eso, cuando el bruxismo es intenso, debes consultar a un ortodoncista.

Hablar en sueños

Muchos niños y adultos hablan durante el sueño, dicen palabras, generalmente frases muy cortas que la mayoría de las veces no se entienden. A veces se acompañan de risas o gritos. Aunque puede suceder entre los dos años y la adolescencia, es más frecuente entre los tres y los seis años. Este fenómeno es denominado técnicamente *somniloquio*, no produce ningún problema, por lo que no precisa ni consulta médica ni tratamiento.

Movimientos rítmicos para dormir

Para conciliar el sueño, algunos, aunque pocos niños de corta edad, generalmente lactantes, realizan movimientos rítmicos consistentes en balanceo de la cabeza, golpeteo de la cabeza con la cama o movimientos de automecimiento corporal. Suelen realizarse estando el niño de rodillas, con el tronco flexionado y los brazos extendidos sobre la cama, el bebé se impulsa hacia delante y hacia atrás para mecerse. Los movimientos rítmicos son normales, no precisan consulta médica ni tratamiento, desaparecen en los primeros años de vida.

Ronquidos y pausas de apnea

Los ronquidos con pausas en las que el niño durante el sueño deja transitoriamente de respirar se llaman *pausas de apnea*. Tienen mucha importancia para la salud, por eso deben ser estudiadas y corregidas. En otro capítulo de este libro, «"Ronquidos, ¿debo preocuparme?" Apnea durante el sueño», puedes leer más sobre este problema.

18. La televisión. Ventajas e inconvenientes

La televisión es una realidad en la vida de la mayoría de los niños del mundo, en ella ven un mundo unas veces real y otras de ficción, a veces el mundo donde viven, otras uno lejano. Las imágenes, escenas, ruidos, música y conceptos que ven en la televisión contribuyen poderosamente a su educación. También a sus gustos, incluso a su moralidad y código de conducta, de manera tan influyente o más que su familia. Muchos niños pequeños pasan tantas horas frente a la televisión como en el colegio y algunos niños mayores y adolescentes están más horas viendo la televisión que con sus padres. Es indudable que este medio de comunicación tiene una gran influencia sobre tus hijos, por eso es necesario que conozcas las ventajas e inconvenientes, para intentar potenciar aquéllas y amortiguar éstos.

Ventajas de la televisión para los niños

— La televisión tiene muchas cosas buenas. Gracias a ella tu hijo pequeño podrá aprender cómo es el mundo fuera de su casa, de su colegio, de su barrio o de su ciudad. Después, cuando crezca y asista a la escuela, cuando comparta experiencias con otros niños, podrá jugar a imitar las situaciones que ellos ven y viven en la televisión; también les permitirá ver el mundo mágico, pero real, de la vida animal. A los niños les apasionan los animales, se quedan hipnotizados cuando ven un caballo, una vaca o un cordero, y la televisión no sólo les permite verlos pasivamente, sino también integrarse dentro de este mundo mágico animal o marino. Gracias a la televisión pueden observar y vivir cómo acarician los animales a sus crías, cómo alimenta un pájaro a sus hijos o cómo juegan los peces en el mar. Este medio audiovisual les permite hacer viajes a otros lugares, conocer los océanos, la selva, las montañas, el cosmos y otros lugares inaccesibles, de manera que la

televisión no sólo los entretiene, también les enseña.

— La televisión educa, puede ser un poderoso instrumento de enseñanza, porque los conceptos les entran por la vista, los oídos y las sensaciones. Muchas veces las tediosas y aburridas lecciones de historia, geografía, anatomía humana o promoción de la salud las aprenden con facilidad en la televisión, porque este medio utiliza esquemas vivientes, mapas activados, animaciones —la circulación de la sangre o el dañino microbio pululando por las manos cuando no se lavan—. Es evidente que tú como madre o padre tienes que elegir los programas que cumplan estas condiciones educativas y que se adapten a la edad de tu hijo.

— La televisión bien empleada puede reforzar hábitos y potenciar valores, como el respeto a los demás y al medio ambiente, las ventajas que tiene a su edad el consumo de frutas, verduras y otros alimentos, la utilidad del ejercicio físico y el deporte y muchos otros más; todo ello sólo depende de tu capacidad para elegir los programas adecuados.

— La televisión facilita la ampliación del lenguaje de los niños. Aprenden palabras, giros, frases y nuevas formas de expresión, diferentes a los que habitualmente escuchan en su entorno.

— Asimismo, facilita la adquisición de un segundo idioma, ayuda a su aprendizaje, especialmente a la parte más difícil, entender el lenguaje hablado, gracias a los múltiples cursos disfrazados de películas o de historias atractivas para los niños o de programas en esta segunda lengua. El mundo globalizado exige en la actualidad, más en el futuro, que tu hijo pueda comunicarse al menos en una lengua diferente a la tuya.

— En resumen, la televisión es una realidad en el mundo actual, es inútil intentar vivir sin televisión, porque si tú no tienes aparato de televisión, tu hijo se escapará a la casa de un amigo para verla. La televisión tiene inconvenientes, pero también muchos efectos beneficiosos, como la capacidad para enseñar y adquirir conocimientos, cultura, reforzar valores y ampliar el lenguaje. Para esto es recomendable elegir programas adecuados a la edad, sencillos, cortos, atractivos y entretenidos.

Inconvenientes de la televisión para los niños

La televisión puede tener efectos negativos sobre tu hijo, especialmente cuando se emplea sin control, por tiempo ilimitado o

largo cada día. Peor aún es cuando la ve en soledad, sin que tú o algún otro adulto cercano estéis comentando o matizando lo que ve. Desgraciadamente, ésta es una forma común de estar frente a la televisión.

Las imágenes de violencia reiteradas que ofrecen tanto las películas como los programas de noticias repercuten negativamente en la agresividad de los niños; no sólo les convierten en más agresivos, también toleran o aceptan la violencia como forma de resolver sus problemas, haciéndoles insensibles al horror de la violencia. La vida normal de los niños no está rodeada, como aparece con frecuencia en la televisión, de guerras, bombas, golpes o muertes; suele ser una vida normalizada de familia, amigos, colegios y deberes escolares. Cuando un niño pequeño pega a otro, lo hace imitando lo que sucede en la televisión, es reprendido y castigado, agrede seguramente porque la televisión le está enseñando a hacerlo, a no controlar los sentimientos. Los niños, incluso los más pequeños, pasan muchas horas viendo la televisión; aunque parezca que no les interesa, que no miran, están recibiendo esta información constantemente, ya que en muchos hogares casi siempre está encendida.

No es adecuado que tu hijo, si es menor de ocho años, vea los informativos diarios, las noticias, ni aquellos programas en donde la violencia aparece con frecuencia. Los niños mayores y adolescentes pueden imitar las conductas violentas, identificarse con individuos agresivos, los que siempre vencen despreciando a las víctimas, conductas que pueden reproducir en su ambiente. El *bullying* o la violencia entre iguales es un fenómeno que se expande en los colegios públicos y privados, en los hijos de familias de alto, medio o bajo nivel económico y social, posiblemente porque reproducen lo que ven en las películas de la televisión.

Es aconsejable que controles no sólo los programas, sino también el tiempo de televisión de tus hijos. Más de una o dos horas diarias es excesivo.

La televisión enseña ideas erróneas de la realidad, porque aparecen un mundo y una sociedad que corresponden al que elaboró la información o produjo la película y a su entorno. Éste es diferente del real, quizá sea un mundo inalcanzable para tu hijo, pero no por ello menos apetecible. La posesión de artículos de lujo, coches o costumbres que parecen gratuitas, entretenidas y agradables, contagian rápidamente a los miembros de cualquier sociedad.

Esto hace que los niños demanden unas condiciones de vida, de casa, padres, coches, zapatillas, modas y juguetes que favorecen el consumismo, especialmente el de una marca o tipo determinados.

Induce a la imitación en la forma de ser, hablar, vestirse o comportarse, a copiar modelos no siempre adecuados a tu forma de entender el presente y el futuro de tu hijo. Otras veces, la televisión enseña un mundo imaginario no real, lleno de fantasías que confunden a los niños pequeños. Los personajes reales o los muñecos mueren y reviven, se caen y se levantan, vuelan, saltan por precipicios o pasan por el fuego sin que los afecte, los animales y los pájaros hablan y cantan, toda esta fantasía puede inhibir la creatividad de los más pequeños, haciéndolos observadores pasivos. Los niños deben estar jugando activamente en su mundo real, no en uno ficticio o fantástico.

Los anuncios publicitarios, muchos de ellos específicamente dirigidos a los niños, incluso a los de edad preescolar, son con frecuencia engañosos. Luego, cuando se reciben estos juguetes, no son o no hacen lo que decían los anuncios, creándose un sentimiento de frustración y desengaño por poseer algo diferente a lo esperado.

— La televisión nunca puede sustituir las relaciones familiares, por eso durante las horas de las comidas y aquellas otras empleadas para las relaciones entre vosotros debe estar apagada. Vosotros necesitáis un tiempo propio para hablar y escuchar, un espacio en el que la familia pueda estar junta, se conozca y comente las noticias que los afectan, se transmitan los valores, los códigos de conducta y de moralidad. Este aprendizaje es fundamental para el desarrollo físico, psíquico y espiritual de tu hijo. Estos espacios de tiempo o momentos para estar juntos no son para sermonear ni adoctrinar, son para hablar, comentar y escuchar, para conocerse, respetarse y en consecuencia quererse. Tu hijo te hará muchas preguntas, contéstalas con la sencillez que precisa su edad.

— La televisión puede contribuir a falsear el papel del hombre y de la mujer. En este medio, generalmente, los hombres aparecen agresivos, fuertes y dominantes, mientras que las mujeres son amas de casa, trabajadoras o son dominadas cuando no maltratadas, observación que dificulta la identificación de cada género con su papel, pudiendo esto contribuir a perpetuarlo.

— La televisión facilita la obesidad, no sólo porque dificulta la actividad al aire libre y el ejercicio físico, especialmente en los niños de edad escolar y adolescentes, sino también porque durante este tiempo comen más. Esta comida suele ser basura, patatas fritas, palomitas o productos similares, todos ellos ricos en calorías, grasas y sal. Además, durante este tiempo de televisión se contaminan de los múltiples anuncios de refrescos, colas, batidos, dulces, golosinas y comida basura. Varios estudios han demostrado que los niños que ven más horas de televisión tienen más riesgo de ser obesos, juegan menos

y hacen menos deporte.

— La televisión en exceso disminuye la capacidad del lenguaje de los niños mayores, porque para que éste se desarrolle es necesario el entrenamiento, que se realiza con la conversación activa, directa con los demás o mediante la lectura. La televisión no permite preguntar las dudas, solicitar repeticiones de lo escuchado, y con frecuencia el lenguaje es muy rápido y complicado.

— La televisión contribuye al fracaso escolar. Se ha encontrado una asociación entre el rendimiento escolar y permanecer más de dos horas diarias viendo la televisión. Siempre es más cómodo y agradable sentarse pasivamente a ver la televisión que estudiar o realizar los deberes escolares. Además, después de ciertos programas los niños están nerviosos y excitados y es más difícil lograr la concentración necesaria para estudiar.

Consejos para optimizar los beneficios y amortiguar los perjuicios de la televisión en los niños

— Apaga la televisión cuando no estés frente a ella, aunque los niños pequeños no parecen mirar, oyen y ven lo que en ella aparece.

— Evita que los menores de siete u ocho años vean los informativos diarios, porque en ellos abundan imágenes y noticias violentas.

— Elige los programas realistas, interesantes y divertidos, que enseñen, ensanchen y aumenten los conocimientos.

— Acompaña a tu hijo, si es mayor, a ver la televisión, así podréis comentar, tamizar, amortiguar o potenciar las noticias o la información que estáis viendo. Evita por tanto que tenga una televisión en su habitación.

— Ver más de una hora de televisión al día, con un máximo de dos, es perjudicial, porque tu hijo jugará menos y tendrá menos actividad física, incrementándose el riesgo de fracaso escolar y obesidad.

— Apaga la televisión durante la comida familiar y en los momentos en los que la familia está reunida hablando sobre sus cosas.

— Potencia el espíritu crítico de tu hijo criticando tú los anuncios engañosos, la violencia y el comportamiento de los personajes que contradiga tu código de conducta. Critica especialmente el abuso, el engaño, la agresividad y la mentira. Ensalza el respeto a los demás y a las cosas que os rodean, el trabajo, la solidaridad, así como los demás valores éticos que quieras transmitirle.

Aprovecha el potencial educativo de la televisión para enseñar a tu hijo la ética, la bondad, la belleza, el arte, la música y la cultura. En cualquier edad son recomendables programas que aumenten su formación sobre geografía, historia, vida de los animales, el cuerpo humano, ecología, respeto al medio ambiente y otros muchos más. Graba estos programas o adquiérelos para que pueda verlos muchas veces.

Recuerda que la televisión es buena y mala, sólo depende de cómo elijas el tipo de programa, el tiempo y el momento para que tu hijo se siente frente a ella.

19. Las vacaciones y los hijos. Vacaciones familiares, vacaciones escolares

Para los niños, las vacaciones con sus padres son los momentos mágicos que recordarán para toda su vida. Para los padres, son los días de descanso y, en algunos casos, los únicos que pueden convivir de verdad con sus hijos. Los padres que no disfrutan de sus hijos en esta época de vacaciones privan a éstos y a sí mismos de momentos que nunca podrán recuperar, porque los niños pequeños, medianos o grandes son siempre maravillosos, aún más cuando están de vacaciones con sus padres. Si tú eres de los que no puedes dedicar mucho tiempo a tus hijos, hazlo al menos durante las vacaciones.

Los niños de cierta edad tienen además otras vacaciones, las escolares, excitantes para ellos por la menor disciplina que suponen, porque desarrollarán nuevas actividades, pero preocupantes para muchos padres, que no saben cómo ocupar el tiempo de sus hijos.

Vacaciones familiares

Las vacaciones con la familia pueden ser maravillosas o problemáticas, esto depende en gran parte de vosotros, de lo organizados y previsores que seáis. Con tiempo, sin improvisación, debes preparar el viaje, las actividades que vais a desarrollar en el campo, en el pueblo, en la ciudad, en la playa o en el lugar en el que paséis las vacaciones. También es conveniente disponer de un pequeño botiquín y de una cámara fotográfica o de vídeo que os permita disfrutar muchas veces más de estos días. Este recuerdo es especialmente importante para tus hijos porque los ayuda a revivir, entre la realidad y la imaginación, experiencias pasadas.

Cuando las vacaciones obligan al desplazamiento en coche, debes

cuidar la seguridad, porque los accidentes de circulación son más frecuentes en las épocas de vacaciones, debido a la mayor ocupación de las carreteras, también a las ganas de llegar al punto de destino. Por eso te aconsejamos:

— Dispón de sillas o sistemas de retención apropiados a la edad de tus hijos (consulta el capítulo «Accidentes de circulación. Sistemas de retención y protección»).

— Aunque tus hijos se duerman en el viaje, nunca quites las medidas de retención. Si es un bebé, nunca, ni por un minuto, debe estar en brazos de un adulto mientras el coche esté circulando. Para darle el pecho o el biberón, para el vehículo en una zona de seguridad, no en el arcén.

— Descansa cada dos horas. Los niños necesitan ir al baño y estirar las piernas. Tú, también.

— Lleva agua y música apropiada para ellos. Esto evita que tu hijo llore, se ponga nervioso y te ponga nervioso a ti también.

— Conduce con tranquilidad, evitarás mareos y accidentes. No conduzcas deportivamente.

— El mareo en los niños de edades preverbales se puede manifestar sólo por irritabilidad y llanto. En los niños mayores, porque lo dicen, y a veces por vómitos. Existen medicamentos inocuos para evitar el mareo, consulta con tu médico.

— Utiliza el aire acondicionado con moderación.

El desplazamiento en otros medios de locomoción (tren, avión, autobús o barco) también precisa preparación, botiquín de viaje, agua para los niños mayores, música, chicles o caramelos sin azúcar; chupete para los bebés, chupete o biberón de alimento, para el despegue y sobre todo para el aterrizaje de los aviones. Los niños que se marean pueden tomar algún chicle, ampollas bebibles o pastillas para el mareo, consulta con tu médico la conveniencia, el preparado y la dosis.

Las vacaciones no siempre precisan desplazamiento a lejanos lugares exóticos. Los niños y probablemente vosotros, sus padres, necesitáis vacaciones, esto es romper la disciplina y la rutina de las actividades diarias, el trabajo, la casa, el colegio, para emprender actividades nuevas, más gratificantes, relajantes y libres sin el agobio del día a día.

Actividades vacacionales

Para las familias que se quedan en su ciudad y en su casa, vacaciones es levantarse más tarde y desayunar juntos, ir a la montaña, al parque o la piscina, pasear por la ciudad, pasar algún día en el campo, el río, el lago o lugar cercano más idóneo, realizar excursiones, ir al cine, al museo, al baile o a la verbena, contar historias, visitar a los amigos o familiares, o viajar al pueblo vecino.

Vacaciones para los niños es jugar, estar con sus padres cuando son pequeños, con otros niños cuando son medianos y con su pandillas de chicos y chicas cuando son mayores. Vacaciones es sentir nuevas experiencias, tener mayor actividad física, descubrir nuevos escenarios, nuevos amigos y nuevos juegos; en definitiva, es vivir un mundo diferente, a menudo excitante, para el niño que le ayuda a modular su personalidad y su relación con los demás.

Para que las vacaciones sean lo más gratificantes para ti y para tu hijo, y positivas para su desarrollo, organiza al menos una actividad diaria con él. Lógicamente estará influenciada por su edad, la climatología, el lugar de vacaciones y las aficiones de cada uno. Recuerda que es muy importante para tu familia disponer de tiempo y espacios comunes, en donde vuestra relación se intensifique y aumente el conocimiento mutuo y así el apego. Estas actividades comunes serán recordadas por tu hijo con tanta nitidez y alegría que su recuerdo le generará gratificaciones frecuentes.

Como los niños aprenden imitando, no con sermones, no utilices estos momentos para aleccionarle, interrogarle o sermonearle, utilízalos para contar tus sensaciones, tus recuerdos y experiencias infantiles, para jugar. Esto le permitirá conocerte mejor, porque tú eres su máximo líder, tu hijo seguramente te imitará.

Realiza en familia el desayuno y al menos una comida principal. Éste es otro momento en el que puedes transmitir sin adoctrinamiento valores morales y tu código de conducta, la forma de comer, vivir, entender el mundo y la sociedad. La comida también tiene una función social. La hora de la comida cohesiona a la familia, sirve para hablar de sus cosas, de sus problemas y aciertos, son momentos para hablar, estar y compartir. Durante la comida y el desayuno apaga el televisor y la radio y no leas el periódico. Disfruta de este tiempo, de la sobremesa, evita la rapidez y las prisas.

— Prepara comida sana, natural, con alimentos frescos. Abusa de ensaladas variadas, con pasta, huevo, bonito, arroz, maíz... Aprovecha el verano para introducir verduras, frutas y otros platos agradables preparados con carne o pescado, aderezados con maíz, zanahoria o brócoli. La leche puede administrarse con los helados y batidos, mejor caseros. Evita o disminuye los fritos. Por su mayor actividad física, los

niños necesitan comer más, ofrécele a tu hijo un tentempié a media mañana y una merienda a media tarde, puede ser fruta, bocadillos de buen embutido, galletas integrales, pero no bollos industriales. La fruta del tiempo tiene alimento, agua, sales, vitaminas y fibras, y además es agradable.

— Evita la comida precocinada, rápida, la comida basura. Nunca la utilices como un premio, ya que es un castigo para la salud. Celebrar un acontecimiento en un restaurante de comida rápida, una hamburguesería, pizzería o similar, es enseñar a tu hijo que ése es el modelo de alimentación adecuada, cuando es todo lo contrario. Tampoco abuses de bebidas con cola, batidos industriales ni refrescos, excepto los naturales recién elaborados en casa. Prepara limonadas o zumo de frutas naturales sin azúcar ni aditivos.

— El agua es el mejor líquido. Durante las vacaciones, los niños necesitan más agua, porque evaporan líquidos por el sudor, hacen más ejercicio físico y quizá por el calor ambiental, incluso en los meses fríos. Aunque los niños nunca tienen sed, ofréceles agua con frecuencia.

Problemas comunes durante las vacaciones familiares

En las vacaciones pueden presentarse algunos problemas que debes conocer para evitarlos.

Durante los días de vacaciones, tus hijos estarán seguramente más nerviosos, mientras tú, por el contrario, más tranquila, por eso puedes disminuir la vigilancia sobre ellos. Los más expuestos a tener accidentes e intoxicaciones son los niños hiperactivos y los de edades comprendidas entre uno y cuatro años. Además, el lugar donde disfrutéis las vacaciones puede no tener todas las condiciones de seguridad para la edad de tus hijos, por ejemplo las relacionadas con la protección en las escaleras, ventanas, piscina, enchufes eléctricos, productos de limpieza del hogar o del jardín. Para evitar estos problemas, que pueden complicar las vacaciones, te recomiendo las siguientes medidas:

— Aplica las medidas de protección incluidas en el capítulo «Accidentes en el hogar. Cómo evitarlos».

— Sigue las instrucciones que puedes leer en el capítulo «La piscina y el baño. Evita los efectos indeseables».

— Si estás en la playa, evita que tu hijo nade cerca de rocas o espolones.

— Cumple estrictamente las medidas de seguridad de la playa.

— Los niños pequeños pueden comer arena o tierra; no te preocupes, es normal, ellos están investigando. Esta arena se eliminará con las heces unos días después sin producirle ningún daño.

— Utiliza gorra y gafas de sol en la playa. Evita las quemaduras solares, protege la piel de tu hijo con protección solar alta. El golpe de calor que se manifiesta por dolor de cabeza, fiebre muy elevada y tendencia al sueño se previene evitando el ejercicio físico y la exposición al sol en los momentos de máxima temperatura y refrescando el cuerpo periódicamente con baños. Si aparece, es necesario aplicarle toallas de agua por todo su cuerpo, que tienes que cambiar continuamente porque se calientan, ofrécele líquidos, ponle en la sombra con la cabeza elevada.

— Utiliza la ropa apropiada a la temperatura ambiente, ésta puede variar muchos grados, sobre todo en la montaña, cuando el sol se esconde.

— Vigila el estreñimiento. El cambio de hábitos, de agua, alimentación y retrete estriñen a algunos niños y a sus padres. El tratamiento y la prevención se realizan tomando mucha agua, frutas con residuos, como kiwi, piña, ciruelas y vegetales. Si persiste, glicerina en supositorio o un enema de suero salino fisiológico. Consulta el capítulo «Estreñimiento. Realiza el tratamiento».

Botiquín para viajar con niños

Cuando se viaja con niños, es conveniente hacerlo con un pequeño botiquín que puede paliar o solucionar pequeños problemas que, aunque banales, producen grandes dramas: dolores, heridas, picaduras de insecto, ampollas en la piel o diarrea. Por ello, es conveniente disponer con facilidad de los siguientes elementos:

— Analgésico habitual (paracetamol o ibuprofeno), conociendo la dosis que corresponda al peso, no a la edad de tu hijo. Consulta a tu médico.

— Antiséptico como povidona yodada (Betadine®) o clorhexidina (Cristalmina®).

— Un paquete de gasas estériles.

— Esparadrapo o algún apósito para la piel.

— Medicación para el mareo, sea en ampollas bebibles o comprimidos.

— Sobres de rehidratación oral.

— Barrita de amoníaco para las picaduras de insectos.

Vacaciones escolares

Casi todos los niños tienen vacaciones escolares. Éstas suelen empezar antes y terminar después de las vacaciones familiares, y por ello muchos padres no saben muy bien en qué ocuparlos o entretenerlos. Éstas son algunas posibilidades:

— Campamentos de día. En ellos, los niños comparten juegos y experiencias, aprenden valores de convivencia y desarrollan actividades individuales y colectivas, físicas y escolares. Son aconsejables si disponen de personal e instalaciones apropiados.

— Campamentos de verano. Pueden durar una o dos semanas, y también son aconsejables porque facilitan la socialización, permiten muchas actividades al aire libre, como excursiones, marchas y campeonatos deportivos, también porque aumentan la autonomía de los niños.

— Dejarlos al cuidado de su padre o su madre, si las obligaciones laborales lo permiten.

— Dejarlos en casa, cuidados por una persona de confianza que los saque de paseo o los lleve a la piscina, los cuide y los alimente adecuadamente.

— Visitar a los abuelos, que quizá los mimen más, pero esto se compensa sobradamente con el cariño y la ternura que abuelos y nietos se profesarán, iniciando o afianzándose una tierna relación que todos los niños y los abuelos deberían disfrutar.

En resumen, las vacaciones son mágicas para tu hijo y beneficiosas para ti. Aprovéchalas para hablar, conocer y compartir experiencias con él, porque esta experiencia y tiempo no vuelven; un año más tarde tu hijo ya es otro, no te arrepientas después de haber desaprovechado los mejores años de tu hijo.

20. La piscina y el baño. Evita los efectos indeseables

El baño y la piscina tienen grandes beneficios para tus hijos: realizan múltiples actividades físicas, comen más, mejoran su independencia y se favorece el desarrollo social y psicológico del niño. El baño, por tanto, es muy positivo, pero también tiene algunos inconvenientes.

En este capítulo se describen los efectos deseables e indeseables de la natación.

Otitis

En los meses calurosos, la otitis es frecuente en los niños nadadores, especialmente en los buceadores. No suele acompañarse de fiebre, tos, ni mocos, mientras que la otitis de los meses fríos habitualmente cursa con síntomas catarrales, fiebre y a veces secreción purulenta o mucosa que sale del oído.

La otitis de los meses cálidos se llama externa, porque afecta sólo al conducto auditivo externo, mientras que la otitis del invierno es media, afecta al espacio del oído medio, el que alberga los huesecillos necesarios para la audición, por dentro del tímpano.

La otitis externa se caracteriza por dolor intenso del pabellón auricular, generalmente al tocar o movilizar la oreja para quitar o poner una camiseta o al apoyarse para dormir. No suele haber fiebre ni supuración, pero puede existir febrícula. La mayoría de los niños con otitis externa son nadadores obsesivos, generalmente buceadores que permanecen en el agua como peces durante largos períodos de tiempo. También padecen otitis externa los niños que, bien ellos o sus padres, hurgan dentro del oído externo, generalmente con fines de limpieza. Esto macera el conducto, que después se infecta. La sospecha diagnóstica de la otitis externa se realiza con los síntomas descritos y con la simple observación del oído, porque el afectado tiene un conducto más estrecho, más cerrado que el contralateral, que está sano. El diagnóstico definitivo lo realiza el médico mediante la visualización del conducto auditivo externo con un aparato óptico llamado otoscopio.

El tratamiento consiste en evitar la causa y en la aplicación de unas gotas con antibiótico en el conducto del oído, la curación se produce en unos días. Es muy importante la prevención, que se realiza

dosificando la permanencia de los niños en la piscina, especialmente el tiempo de buceo, que debe ser escaso; cuando no es posible, los oídos deben protegerse con tapones de silicona que impidan la entrada del agua.

Los niños que permanecen mucho tiempo buceando tienen que salir periódicamente, secarse y calentarse; durante este tiempo también se secan los conductos del oído, evitando así la otitis externa.

Hipotermia

Los niños delgaditos, sin panículo adiposo, se enfrían pronto, por ello su organismo tirita en un intento de evitar la hipotermia. A estos niños también se les ponen los labios y las manos morados, debido a que su cuerpo ordena a la sangre que evite la piel, en otro intento de impedir que ésta se enfríe al pasar por ella. Lo que da color a los labios y a la piel y también calor es la sangre; al no pasar por dichas superficies, éstas están frías, pálidas o moradas. Los niños gorditos aguantan más tiempo dentro del agua. La grasa es como un grueso abrigo, los adultos gordos están siempre desabrigados, incluso cuando la temperatura ambiental es fría. Por ello, el tiempo recomendable del baño es diferente de unos niños a otros: depende de la actividad física que desarrollen dentro del agua, de la temperatura de ésta y del panículo adiposo, de la capa de grasa, que cubre su cuerpo.

Conjuntivitis

El cloro de la piscina irrita la piel, empeora la dermatitis atópica de los niños con piel atópica y también produce conjuntivitis química que puede prevenirse utilizando unas gafas adecuadas.

Accidentes

El mayor riego de la piscina y de la natación son los accidentes, el ahogamiento y el traumatismo de cabeza y cuello. Estos últimos se producen por el golpe durante la inmersión, al chocar con el suelo. Ambos accidentes, por fortuna, son raros, pero muy graves. Cada año mueren o sufren daño cerebral o enfermedad docenas de niños sólo en España, y miles en el mundo, por ahogamiento, un accidente fácilmente evitable.

Los niños que juegan en el agua deben estar permanentemente vigilados, incluso si están en su bañera. Aunque tengan puestos los manguitos o cualquier otro sistema de flotación, cuando están en la

piscina, lagos o ríos de poca profundidad, los niños deben estar siempre vigilados. Los manguitos pueden salirse, desprenderse el sistema de flotación, tropezarse o marearse, no pudiendo incorporarse incluso en la bañera.

Las piscinas deben estar valladas a una altura de 1,5 metros y no deben tener en sus márgenes objetos atractivos para los niños pequeños. En el mar se debe nadar siempre lejos de las rocas y espolones.

Además, tanto los niños pequeños que aprenden a nadar como los niños mayores y adolescentes pueden agotarse, estos últimos al sobrevalorar su capacidad de resistencia. El agotamiento da lugar a la inmersión y al ahogamiento. Es necesario que sepas que los niños no tienen posibilidad de aguantar el ahogamiento, cuando se produce desaparecen en el agua, por eso si observas que tu hijo u otro niño levanta las manos y se hunde, no lo interpretes como un juego, acude inmediatamente a comprobar qué sucede y a rescatarle si fuera preciso.

El accidente de inmersión se produce al tirarse de cabeza en un lugar poco profundo. El ojo humano puede distorsionar el espesor del agua y en consecuencia se produce un traumatismo de la cabeza y del cuello; ambos pueden ser muy graves.

Si observas algún traumatismo de inmersión, llama al servicio de emergencias 112 o al socorrista. Mientras, inmoviliza la cabeza y el cuello con tus manos, la cabeza debe quedar inmóvil para evitar que la columna cervical, quizá fracturada, lesione la médula espinal del cuello: podría producir una parálisis irreparable.

Si tuvieras que atender a un niño ahogado, sigue las instrucciones indicadas en el capítulo de este libro «Cómo salvar la vida de un niño. Masaje cardíaco y respiración boca a boca». Si tienes piscina, es necesario que aprendas a realizar la reanimación cardiopulmonar, descrita en dicho capítulo. Estúdialo y, sobre todo, entrénate con un muñeco grande. Tus conocimientos de reanimación pueden salvar vidas.

En definitiva, el baño y la piscina son muy beneficiosos para tu hijo, estimúlale y enséñale para que los utilice, pero también evita los efectos indeseables que su uso inadecuado pueda acarrearle.

21. Ejercicio físico y deporte. ¿Necesidad o entretenimiento?

Realizar ejercicio físico, que es necesario en cualquier época de la vida, es imprescindible para los niños porque su salud física y psíquica en gran parte depende de la cantidad y calidad del ejercicio físico que realicen. Por tanto, tener actividad física es una necesidad, no un entretenimiento; es tan importante como el tipo de alimentación porque ambas previenen enfermedades a corto y largo plazo, condicionando decisivamente la ausencia de enfermedad y el bienestar. Sin embargo, los niños del mundo occidental en edad escolar en general, y los españoles en particular, apenas realizan ejercicio físico en el exterior, casi no mueven sus músculos, porque la mayoría hacen una vida sedentaria.

Ventajas del ejercicio físico

El cuerpo de los niños y el de los adultos está preparado para realizar ejercicio físico de manera diaria porque así ha sucedido a lo largo de la historia de la humanidad, desde que el hombre está en la tierra. Los humanos estamos acondicionados genéticamente para movernos; a lo largo de cientos de miles de años los hombres han sobrevivido cazando, buscando el agua, huyendo de los animales o de peligros como el fuego. Los hombres han corrido, andado o trepado a los árboles utilizando sólo sus músculos. Los niños, incluso antes de nacer, se mueven en el vientre de su madre, se preparan para tener actividad física, por eso los lactantes movilizan las piernas cuando están desnudos como si fueran ciclistas y más tarde gatean incansablemente o corretean, con una actividad física imposible de seguir por los adultos. Después, acuden al colegio, donde con demasiada frecuencia las actividades escolares, las extraescolares y los deberes para realizar en casa impiden en general tener tiempo para practicar deportes o realizar actividad física diaria. Nuestra sociedad occidental convierte a los niños en sedentarios sin serlo, igual que sus padres.

Mover los músculos no es un capricho, es una necesidad fisiológica imprescindible para la salud porque durante el ejercicio los músculos liberan a la sangre sustancias beneficiosas llamadas mioquinas que actúan en tejidos y órganos lejanos como el corazón, los vasos sanguíneos, las grasas, el cerebro, incluso el intestino, sustancias que

facilitan el normo-funcionamiento, incluso la reparación de estos tejidos cuando están enfermos o lesionados. Los músculos activados con el ejercicio producen tantas sustancias curativas y preventivas como si se tratara de una píldora o, mejor, una multipíldora efectiva contra múltiples dolencias.

El ejercicio físico no sólo tiene efectos beneficiosos sobre el cuerpo de los niños y de los adultos, también sobre el comportamiento y la felicidad. Las personas que hacen deporte moderado o intenso disfrutan de un sentimiento placentero debido a las sustancias conocidas como endorfinas, una hormona de la felicidad que se libera a la sangre con la actividad muscular. Esto explica que los niños que hacen deporte sean más felices, coman y duerman mejor y, en consecuencia, descansen más intensamente. Además se deprimen menos y sienten una mayor sensación de bienestar y confort que dura muchas horas después de finalizada la actividad deportiva. Todo ello aumenta su autoestima, previniéndose la obesidad, muchas veces producida por el consumo excesivo de alimentos para paliar la poca autoestima o la depresión.

El deporte, sobre todo el que se realiza en grupo, facilita la socialización, ayuda a que los niños superen la timidez y enseña a respetar las reglas del juego, especialmente cuando lo hacen en equipo. Además aprenden a divertirse de manera sana, a gestionar tanto el éxito cuando ganan, como el fracaso cuando pierden, incluso a soportar el sufrimiento y a tolerar el cansancio físico y psíquico. Es obvio que con la actividad física se entrenan los músculos, los tendones, las articulaciones, los pulmones, el corazón, la circulación sanguínea, la coordinación motora, la inteligencia y muchas cosas más.

¿Qué actividad física es mejor?

Cualquier actividad física es buena, pero los médicos debemos recomendar aquellas que se adaptan al desarrollo motor del niño y las que se pueden practicar en la época del año y lugar geográfico donde se viva. También las divertidas para el niño, no para sus padres, sobre todo las que se realizan en familia, con amigos o en grupo. Algunos deportes, generalmente individuales, competitivos o no, producen un desarrollo desequilibrado de algunos grupos musculares, como el levantamiento de pesas o el lanzamiento de jabalina, por lo que no son adecuados. Sin embargo, otros producen el desarrollo equilibrado de varios grupos musculares, fortaleciéndose adecuadamente gran parte del sistema óseo, muscular, articular y otros, siendo por ello

siempre recomendables los siguientes: andar, montar en bicicleta, nadar, patinar, correr, bailar, jugar al fútbol, al tenis, baloncesto, golf, esquí…

No se recomienda el entrenamiento competitivo hasta que el desarrollo muscular y esquelético del niño no esté completamente desarrollado, lo que sucede en la adolescencia. Por tanto, los niños deben practicar juegos y deportes para divertirse de una manera sana, compitiendo sin obsesión de ganar siempre. El entrenamiento profesional para batir marcas puede practicarse sólo a partir de la adolescencia.

La actividad física tiene que realizarse de manera segura, montando en bicicleta, esquiando o patinando con casco, en este último caso también con protectores de rodillas, codos y guantes; la natación se practicará con vigilancia y en zonas no peligrosas (ver el capítulo «La piscina y el baño. Evita los efectos indeseables»), y siempre se puede andar o correr con protección solar. Es imprescindible proporcionar suficiente hidratación en todos los deportes.

El mejor ejercicio físico, especialmente en los menores de siete y ocho años, es el que permite la movilidad de todos los músculos del cuerpo, o del mayor número de ellos, para que aumenten la coordinación motora, la motricidad, el equilibrio y la fuerza. Puedes elegir baile, fútbol, balonvolea, baloncesto, patinaje, bicicleta, gimnasia, natación y muchos otros sabiendo que tu hijo se tiene que divertir, haciendo que esta actividad física sea un disfrute, no una esclavitud para él. No se trata de hacerle precozmente un campeón, sino de que se aproveche de los beneficios físicos y psicológicos de la actividad física y del deporte. Si puede practicarlo con sus padres y hermanos o con sus amigos, mucho mejor, porque será más placentero para él y en consecuencia para vosotros. Además, le ayuda a socializarse y a entrenar también otros valores como el trabajo colectivo, el éxito, el fracaso y el valor del esfuerzo en común.

Los adolescentes pueden empezar a realizar un entrenamiento más especializado, lógicamente siempre que ellos manifiesten, más que aptitud, interés por dichas actividades, porque el objetivo no es convertirlos en campeones, sino en niños y adolescentes sanos, felices y equilibrados. Los padres que se realizan o resuelven sus contradicciones o complejos presumiendo de los triunfos deportivos de sus hijos se equivocan si el precio para lograrlo es disminuir o impedir el juego o el tiempo de estudio.

El mejor ejercicio es aquel que es fácil de practicar, que puede hacerse cerca de casa, sin necesidad de grandes o complicados

desplazamientos, el que no requiere instalaciones ni material especial. El deporte que no cumple estos requisitos se abandona, más bien antes que después. Por tanto, influye para que tu hijo escoja el deporte adecuado a las posibilidades de la ciudad o lugar donde vivas y a la época del año. No te escudes en la falta de tiempo de alguno de los tres, madre, padre o hijo, tampoco en la falta de prendas deportivas ni de recursos económicos, porque muchos deportes pueden realizarse en cualquier lugar, en el parque, en el colegio o en la calle, incluso dentro de casa. No hay que ir a un lugar especial para saltar a la comba o bailar.

Agua y comida

Con frecuencia a los niños se les olvida beber agua; muchas veces, cuando se les recuerda, se niegan porque dicen que no tienen sed, y lo consideran una pérdida de tiempo. Su vida suele ser tan interesante en esos precisos momentos en los que se les invita a beber, que lo rechazan. A pesar de ello, insiste porque el agua, que es fundamental para la vida, es imprescindible cuando se realiza ejercicio físico; en estas situaciones la pérdida de agua por la piel se incrementa, debido al calor y al esfuerzo, especialmente cuando la temperatura o el grado de humedad ambiental son elevados. Un adolescente, por ejemplo, pierde entre 1 y 2 litros de agua jugando un partido de fútbol. La mala hidratación aumenta la fatiga, disminuye el rendimiento muscular y aumenta el riesgo de lesiones. Además, predispone a la deshidratación y el golpe de calor. Por ello, insiste en que tu hijo tome líquidos antes de practicar deporte, mejor 15-20 minutos antes, y ofrécele agua no refrigerada, entre 12 y 13 ºC aproximadamente. Después, si el tiempo de actividad física es duradero, continúa ofreciendo líquidos, poco volumen, 100-200 ml, pero con frecuencia, cada 15-20 minutos, aunque no tenga sed, porque cuando ésta aparece la pérdida de agua del cuerpo es ya demasiado elevada. Prepara agua con sales y algo de glucosa sólo cuando el tiempo de ejercicio sea muy prolongado, de más de una hora. Cuando la orina es escasa, no aparece o es demasiado concentrada y oscura significa que la cantidad de agua del cuerpo es baja, insuficiente, pues este tipo de orina aparece cuando ya existe deshidratación. En estos casos hay que beber agua hasta que la orina reaparezca y su color se aclare.

La alimentación adecuada es uno de los pilares para una vida sana. Los niños deportistas deben hacer, como todos, una dieta variada y equilibrada, comiendo un poco, no mucho más, para compensar el consumo de calorías durante el ejercicio. El hambre y la sed

posteriores al ejercicio son los mejores indicadores de que el organismo del niño pide calorías y líquidos. No es necesario un aporte extra de vitaminas ni de hierro como algunos creen. La dieta variada aporta todos los nutrientes necesarios.

Cuándo no hacer deporte

Tras una comida abundante se puede jugar, pero no realizar ejercicio intenso. Hasta al menos una hora después, cuando la digestión está terminada, no debe practicarse deporte. Tampoco es conveniente hacerlo con temperaturas elevadas porque existe riesgo de un golpe de calor; esto tiene que sospecharse si aparece decaimiento, vómitos y dolor de cabeza (ver capítulo «Las vacaciones y los hijos»).

Todos los niños pueden y deben realizar ejercicio físico y deporte, los sanos y los enfermos, también aquellos con alguna discapacidad. Los pacientes con asma, enfermedades reumáticas, pulmonares o cardíacas, pueden practicar deportes siempre que sean apropiados y proporcionados a sus dolencias, incluso los niños con cáncer deben practicar ejercicio físico y deporte moderado porque les ayuda a recuperarse. Los niños asmáticos pueden necesitar inhalar salbutamol, un broncodilatador que les ayude a respirar mejor, inmediatamente antes de iniciar el ejercicio. Si tu hijo tiene alguna enfermedad crónica, limitación física o discapacidad, consulta con su médico el tipo de ejercicio adecuado a su caso.

En resumen, el ejercicio físico no es un capricho que quita tiempo al estudio, es una necesidad en cualquier época de la vida y del año. Aunque los adultos con demasiada frecuencia no lo practican por falta de tiempo, disciplina, tesón o desgana, para los niños es tan importante como comer o dormir. Los adultos y los niños que realizan ejercicio físico moderado, pero con regularidad, están más sanos; los niños estudian más, viven mejor y se deprimen menos y, en consecuencia, son más felices. Por tanto, realizar ejercicio físico, especialmente en grupo y mejor con la familia o amigos, es una inversión altamente recomendable que se debe potenciar, creando situaciones de ejemplo y espacios adecuados para su práctica. Por ello procura que tu hijo realice actividades y practique deportes, incluso si tiene discapacidad o alguna enfermedad crónica como asma.

22. Hijos de padres separados. Consejos para los padres

La separación de los matrimonios y el divorcio son cada vez más frecuentes en nuestro medio. Muchas parejas deciden separarse y en consecuencia sus hijos también. El divorcio, una de las soluciones a un matrimonio infeliz, produce sin embargo un gran dolor al menos en uno de los dos cónyuges, y siempre en sus hijos. En los adultos, conduce a un sentimiento de fracaso, vergüenza, problemas de lealtad, disminución de la autoestima y con frecuencia angustia por la incertidumbre en el futuro. En los hijos, la separación de sus padres es siempre dolorosa, manifestándose de forma diferente en los niños pequeños que en los de mayor edad.

El divorcio es el fin del matrimonio, pero no el fin de la vida, puede ser incluso positivo para todos, padres e hijos. Es mejor para éstos comprobar que sus padres son más felices separados que juntos. Los padres deben entender que un matrimonio no separado, pero enfrentado por graves y duraderos conflictos, puede ser más dañino para los hijos que el divorcio, ya que la presencia de los dos padres en el hogar no garantiza ni la felicidad ni el desarrollo óptimo de sus hijos. Los hijos toleran, pero no entienden ni aceptan que sus padres tengan una relación fría, distante, tensa, irrespetuosa, llena de discusiones agresivas o largos silencios de ignorancia entre ellos. Los padres separados pueden sentirse contentos por su divorcio o, por el contrario, desconsolados. Sin embargo, todos lo sienten como una experiencia traumática, de fracaso, especialmente cuando el proceso es largo, lento, precedido de discusiones, infidelidades o engaños.

Los padres que se separan inician un nuevo camino con el que tienen que familiarizarse, solos o acompañados por una nueva relación sentimental. Cada vez más madres, raramente padres, crían sin ayuda a sus hijos, con soledad, falta de tiempo y problemas económicos. Aunque los padres se separan, los hijos no lo hacen, continúan siendo los mismos hijos de una ex pareja que inicia vidas separadas. Los niños también inician una nueva vida, siempre dolorosa e insegura

para ellos, camino que tienen también que descubrir, en una situación de desventaja respecto a los adultos.

Con este capítulo pretendemos que entendáis qué sienten vuestros hijos, cómo les afecta el divorcio y cómo podéis y debéis mitigar estos efectos negativos.

Cómo afecta el divorcio a los niños

El divorcio siempre afecta a tus hijos, aunque se manifiesta de manera diferente, dependiendo de la edad y del desarrollo que tengan. Los más pequeños, los que están en la etapa preescolar (de dos a cinco años), tienen insomnio, rabietas, angustia de separación manifestada por llanto en ausencia de su padre o madre y conductas regresivas. Éstas consisten en volver a actitudes ya superadas por la edad, por ejemplo, hacerse pis o caca cuando ya habían superado esta fase, porque prefieren hacerse más pequeños, regresar a la infancia. Este descontrol del pis y la caca puede generar más tensión, más trabajo o más ansiedad en ti, aumentando el sentimiento de soledad que ya tienes. En esta etapa preverbal los niños no tienen capacidad para manifestar con claridad sus sentimientos, pero sienten miedo de ser abandonados por sus seres queridos, sus padres. Los niños cercanos a los cinco años pueden sentirse responsables de la separación.

Los mayores de cinco años, los que están en la etapa escolar que comprende de los cinco a los ocho años, se deprimen, varían sus relaciones con otros niños y adultos, sienten manías o fobias, y frecuentemente se alteran y desciende su rendimiento escolar. A esta edad se sienten rechazados por el padre ausente y pueden tener miedo a ser también abandonados o sustituidos por el presente, generalmente su madre.

Los escolares de mayor edad, de nueve a doce años, sienten ira y rencor contra uno o ambos padres, contra el presente, el que permanece en casa, al que acusan de haber permitido que el ausente se marche, y contra éste, generalmente el padre, por el abandono del hogar familiar. Uno de cada tres niños de esta edad se culpabiliza del divorcio, sentimiento que por una parte altera su relación con los demás y, por otra, modifica su conducta, que puede convertirse en obsesiva, buscando qué hizo mal y cómo solucionarlo para que sus progenitores vuelvan a vivir juntos. Algunos niños se apuntan a todas las actividades que le permitan dejar de pensar, mientras que otros están permanentemente pensativos, absortos en la búsqueda de

soluciones y en su vida anterior. La mayoría de los niños tienen disminución de su rendimiento escolar.

A los trece años o más, ya adolescentes, se les puede venir el mundo encima porque piensan, muchas veces acertadamente, que su mundo, su seguridad, su colegio, sus amistades, su hogar, sus actividades extraescolares, en definitiva, su futuro, se ve amenazado, es inseguro. La seguridad es fundamental para los niños de esta edad, ya lo pueden expresar con más claridad. Se sienten, además de inseguros, abandonados y deprimidos, sentimientos que pueden expresar de varias maneras: tristeza, silencio, abatimiento o llamando la atención mediante el abandono de los estudios, el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, malas compañías, cambios en las formas de vestir y de comportarse, vagancia, conflictividad social o fracaso escolar. Además, los adolescentes se desconciertan porque perciben ya las nuevas compañías de sus padres, las citas amorosas o las conversaciones telefónicas en las que la conversación, la entonación o las frases son muy diferentes a las que estaban acostumbrados a oír al mismo padre. La respuesta de los hijos, independientemente de su edad, es individual, cada uno lo expresa de una manera, algunos con muchas manifestaciones externas; otros, internas.

Cómo afecta el divorcio a la familia

El divorcio afecta a padres y a hijos, todos tienen que adaptarse a una vida que precisa del apoyo de cada uno de los miembros de la antigua familia. De cómo sea este apoyo dependerá el precio que cada uno tiene que pagar por la separación. La comprensión, sensatez y sentido positivo de los padres, antes, durante y después de la separación, es fundamental para lograr la aceptación y disminuir el sufrimiento de los hijos.

La custodia suele concederse a la madre en más de nueve de cada diez casos, permitiéndose al padre el derecho de visita, generalmente un fin de semana alterno y la mitad de las vacaciones. Aunque los padres tienen la obligación moral y legal de contribuir con una pensión al soporte económico, con mucha frecuencia se retrasan en el pago, lo hacen de manera insuficiente o simplemente no pagan, quedando los hijos y la madre desprotegidos. El divorcio perjudica claramente la economía familiar, las madres que no trabajan fuera de casa entran muchas veces en la pobreza; los padres tienen que

mantenerse a sí mismos y a la otra familia con el mismo salario. A veces, la madre y sus hijos tienen que buscar otro hogar, generalmente más modesto o bien con los abuelos o con algún familiar, desorganizándose así la vida del niño, que tiene que acostumbrarse a otra casa, vecinos, escuela y amigos. Esto, en ocasiones, conduce a inadaptación y problemas de la conducta del niño.

Muchas madres mantienen ellas solas a la nueva familia, llamada *monoparental* porque sólo vive uno de los dos padres en el hogar. En estos casos, la madre tiene que salir fuera del hogar a trabajar, y por ello los hijos tienen que pasar más tiempo solos, al cuidado de un hermano mayor o de ellos mismos. Son los «niños de la llave», desde pequeños tienen que entrar y salir solos de casa, permanecer en ella siendo autónomos hasta que su madre o padre vuelve. La capacidad de cuidados, enseñanza, alimentación y manifestaciones de afecto puede verse claramente disminuida, a la vez que la madre o padre se agota, abruma y deprime, víctima del esfuerzo físico, del exceso de responsabilidad y de los problemas económicos. Su responsabilidad es criarlos, educarlos, alimentarlos y disciplinarlos ella sola. Una tarea heroica que sólo las personas extraordinarias, más veces mujeres que hombres, pueden realizar.

Además, la madre divorciada tiene que decidir aspectos hasta ahora compartidos, con frecuencia no puede comunicar sus sentimientos, sus dudas y sus problemas a nadie y se siente a menudo sola. Muchos antiguos amigos han decidido acercarse al padre o no quieren tomar partido; en consecuencia, muchas madres divorciadas se sienten abandonadas también por su entorno.

El padre pocas veces consigue la custodia, generalmente acepta la custodia materna, sobre todo cuando los hijos son pequeños. Otras veces toleran de mala gana no tener la custodia y pelean legalmente la decisión del juez. Sus problemas suelen ser cuatro: qué hacer con sus hijos los fines de semana y la parte de vacaciones que les corresponde; cómo pueden mantener la influencia, la autoridad y el cariño de sus hijos; cómo organizar un nuevo hogar solo o acompañado, y cómo pagarlo. Todos los padres varones sufren con la separación, pero algunos sufren verdaderamente la ausencia involuntaria de sus hijos.

Cómo ayudar a tu hijo a que afronte mejor el divorcio

Los siguientes consejos pueden ayudarte a disminuir la repercusión que tu separación tiene sobre tus hijos. Si de verdad quieres ayudar a

tu hijo a superar tu divorcio, ponte de acuerdo con tu expareja en una serie de aspectos:

— Dile a tu hijo que os divorciáis. Es mejor decirle la verdad por dolorosa y dura que sea que tenerle engañado, porque los niños se dan perfectamente cuenta de que la relación entre sus padres anda mal. Muchos padres sienten vergüenza, sentimiento de fracaso o se sienten incapaces de comunicar a sus hijos que se separan y en consecuencia los niños se sienten engañados, notan que se les oculta algo importante o sencillamente se enteran por otras personas, no por ti. Aunque no te guste, siéntate y explícale que os divorciáis, no por su culpa, sino porque ya no os entendéis. Lo correcto es que ambos padres deis juntos la noticia o al menos que la versión de las causas de la separación sea la misma. Por favor, no os peleéis delante de vuestro hijo, a él le molestan mucho vuestras peleas. Los hijos nunca deben enterarse de la separación de sus padres a través de sus amigos, vecinos u otro familiar.

— Asegúrale que le quieres. Repítele muchas veces, con palabras y con caricias, que ambos padres, el presente y el ausente, le queréis mucho, lo que más en este mundo. Aunque algunos niños se sienten traicionados por la separación, para demostrarle lo contrario, es necesario hablar y pasar mucho tiempo con él. Los niños necesitan seguridad y ésta la sienten cuando permanecen junto a ti. Sin embargo, no inicies malos hábitos, por ejemplo, dejar que se acueste en tu cama, darle de comer cuando ya comía solo o protegerle más que antes.

— Explicadle que el divorcio es definitivo. Esto, que puede parecerte duro, permite que el niño acepte la realidad de la situación de nueva convivencia de sus padres. Algunos niños, especialmente los más pequeños, tienen fantasías, creen que el padre que se marchó volverá en cualquier momento y los de mayor edad sienten no ser tan buenos como para traer al padre que se ha marchado. Esto les produce sentimientos de culpabilidad, disminución de su autoestima y miedo a ser abandonados por el que todavía permanece en casa. Tu hijo debe oír repetidamente que la causa de la separación no es él, que es muy querido por ambos padres, pero que éstos no pueden vivir juntos porque no se entienden.

— No hables mal del padre ausente. Es bueno y necesario para tu hijo tener buena imagen de tu ex cónyuge, sentimientos necesarios para que continúe queriéndole. Aunque no te apetezca, habla bien del padre ausente, refiérete a él siempre en un lenguaje positivo. No tengas miedo, tu hijo no compartirá su cariño, se multiplicará y en el futuro os querrá más a los dos. Evita hablar con otras personas mal de

tu expareja delante de tu hijo, porque le hará mucho daño, ya que se siente parte de él. Aunque vosotros tengáis diferencias, incluso sentimientos de desafecto evidente, esto nunca debe contaminar la relación del niño con ambos padres. Tu hijo tiene que percibir constantemente que vosotros dos estáis siempre de acuerdo en el cariño que le tenéis, incluso puedes decirle, si fuera verdad, que es lo único en lo que estáis de acuerdo.

— Tampoco protejas siempre al padre ausente. Si éste no se merece, por su comportamiento, ser protegido, no lo hagas, no hables mal de él, pero informa de una manera verídica, tranquila, del mal comportamiento, por ejemplo, del incumplimiento de sus visitas de fin de semana o del olvido de las fechas señaladas, importantes para tu hijo. Si tú proteges constantemente al padre ausente, en un intento de mantener el amor de tu hijo por su otro padre, el niño se mostrará confuso con el significado de las palabras *cariño* o *amor* y percibirá que el padre presente no le dice siempre la verdad.

— Facilita las visitas del otro padre. Te recomiendo que no sólo respetes el régimen de visitas estipuladas en el acuerdo de separación, también que permitas más, tantas como tu hijo te demande. En los primeros años, después de la separación, los niños necesitan estar en contacto con ambos, necesitan a su padre y a su madre, y es malo para ellos no estar con el padre ausente, aunque sólo sea hablando por teléfono, o mejor físicamente. Así puede comprobar que ambos padres están pendientes de él, conocen sus problemas, le aconsejan y le dedican palabras de aliento y cariño.

— Programa tus visitas. Recuerda que tu hijo espera ansioso tu visita, no te retrases, dedícale todo el tiempo que tienes. Evita compaginar estas horas con otras actividades o con el trabajo, ya que si no el niño se sentirá marginado, él quiere estar contigo, no con tu trabajo ni con tus amigos. Por favor, no le compres con tus regalos, no compres su fidelidad; al final se volverá contra ti.

— No utilices a tu hijo como mensajero ni como espía. Los problemas o las conversaciones que quieras tener con tu ex pareja abórdalas directamente, pero nunca a través de tu hijo. Éste no puede llevar mensajes verbales ni escritos de ninguno de los dos padres. Tampoco le interrogues sobre las cosas que hace, con quién sale, los nuevos amigos o su economía.

— Nunca utilices a tu hijo para dañar a tu expareja, ya que esto le producirá un gran dolor. Recuerda que se siente parte de su otro padre. Muchos padres se pelean agresivamente y utilizan todas las armas para hacer daño al otro, olvidando incluso el que realizan a su propio hijo, ya que una de las armas más dañinas es dificultar o

impedir visitas u otras formas de utilización del hijo.

— No protejas excesivamente a tu hijo, mantén el orden y la disciplina anterior. Algunos padres miman y complacen demasiado a su hijo con la sana intención de compensar la pérdida del que se ha ido de casa, pero debes saber que esta actitud es negativa para su desarrollo, le conviertes en una persona más débil y dependiente.

— Ayuda a tu hijo a mostrar sus sentimientos. Después de la separación, la mayoría de los niños sienten ira, nerviosismo, depresión, ansiedad o aislamiento. Es normal, porque necesitan un tiempo para aceptar la pérdida de uno de los seres más queridos; es bueno que le digas que esos sentimientos, las ganas de llorar o la tristeza son normales y que pronto se pasarán. Ayúdale a que pueda expresar su estado de ánimo, hablando, realizando actividades deportivas, dibujando o dejándole tranquilo con sus cosas, estando junto a él. A los niños hay que explicarles que los sentimientos se viven también con el cuerpo, igual que se salta de alegría, la tristeza produce cansancio, pesadez de hombros y ganas de llorar sin causa. La angustia hace que se tengan palpitaciones del corazón y dificultad para dormir, a veces tensión en los músculos, mal humor y ganas de gritar o de dar patadas y puñetazos sin causa. Los niños mayores suelen sentir ira y rencor por el padre ausente, porque interpretan la separación como un abandono de las responsabilidades que éste tiene, creencia que dificulta las relaciones futuras. Los chicos mayores tienen además un sentimiento de oposición también hacia el padre que queda en el hogar, porque es el responsable de la disciplina y de la educación. Son sentimientos complicados, ambivalentes, de amor y odio que el tiempo encauza, normalizándolos.

— Altera lo menos posible su vida cotidiana. Tu hijo superará mejor el trauma de la separación si mantiene el resto de su vida sin cambios. La misma escuela, los mismos maestros, los mismos amigos, la misma casa, el mismo entorno, todo ello le dará seguridad. Los niños son muy sensibles a la pérdida de los elementos que le proporcionan seguridad, es decir, las cosas y las personas que le rodean. Si la situación económica no te permite mantener la misma vida, trata de hacerlo al menos de manera temporal, hasta que pase la etapa aguda de la separación, que es la que más le cuesta aceptar. Después, puedes iniciar otros cambios en su vida: casa, escuela y amigos, aunque mientras menos realices, mejor.

— Cásate o emparéjate de nuevo, si así lo quieres. Si has encontrado una persona con la que compartir tu vida, hazlo, porque posiblemente tu hijo te lo agradecerá. Recuerda que para que estés bien con los que te rodean debes estar bien contigo mismo y si para

esto necesitas una nueva pareja, adelante. Esto puede tener efectos positivos porque devuelve a tu hogar, a ti y a tu hijo una sensación de seguridad, afectividad y felicidad. El nuevo compromiso puede también tener efectos negativos al despertar sentimientos extraños en tu hijo, como, por ejemplo, traición al padre ausente. Tu hijo sentirá que te has vuelto tonta o tonto desde que te has enamorado, pensará que eres más pequeño que él, que se te cae la baba cuando miras al nuevo amor. No te preocupes, este sentimiento inicial de rechazo desaparecerá, será entendido y aceptado cuando compruebe que tiene ahora más cariños, el de ambos padres.

Cuándo consultar al médico

En algunas raras ocasiones deberás consultar con un especialista, que decidirá si es conveniente acudir a un psicólogo clínico.

Debes preocuparte si se producen situaciones como las siguientes:

— Tu hijo está permanentemente triste, callado, aislado, cuando piensas que está deprimido. Consulta el capítulo «Depresión. Los niños también se deprimen».

— Si tiene síntomas crónicos que no parecen corresponder a ninguna enfermedad, por ejemplo, rechazo de la alimentación, dolores abdominales sin fiebre que aparecen y desaparecen, vómitos ocasionales, dolores de cabeza, síntomas todos ellos que duran meses, pero no repercuten claramente sobre su salud. Si el dolor de cabeza le despierta por las noches, consulta en este libro el capítulo «Dolor de cabeza. ¿Cuándo preocuparse?».

— Si no duerme bien, está cansado y esto repercute sobre el rendimiento escolar.

— Cuando tu hijo se niega a ir con el padre que no tiene la custodia.

23. Niño adoptado. Qué saber antes y después

Antes de conocer a su futuro hijo, los padres adoptivos suelen estar inquietos, temerosos por la decisión que pronto tienen que tomar, por su futura responsabilidad. Frecuentemente se sienten perdidos, desamparados, angustiados y a la vez esperanzados. Cuando reciben a su hijo, sus vidas sufren una transformación total, éste se convierte en el centro que monopoliza todos los pensamientos y preocupaciones, los miedos y las alegrías, las conversaciones y los silencios. El nuevo hijo se convierte en el auténtico centro de sus vidas. Es sorprendente y maravilloso comprobar cómo muy pronto quieres a este niño adoptado tanto o más que a un hijo biológico. En este capítulo leerás algunas claves para entender la relación con tu hijo adoptivo.

La adopción no es sólo un fenómeno de justicia y felicidad para el niño, también lo es para los padres, que disfrutan y conocen un mundo de responsabilidades y sensaciones desconocidas, únicas y maravillosas. También es bueno para la sociedad que recibe a estos niños, ya que el número descendente de recién nacidos en muchos países se ve en parte compensado por la adopción de niños, que casi siempre proceden de otros países económicamente más deprimidos.

El perfil del adoptante es el de una familia estable, con varios años de convivencia, de 35 a 45 años, nivel económico y cultural medio o medio-alto. La adopción debe iniciarse por trámites; la adopción oficial certifica que el niño ha sido abandonado, esto evita el tráfico de menores y garantiza que los padres tengan una solvencia económica (no han de ser necesariamente ricos) y estabilidad emocional.

Primer contacto entre niño y padre adoptivo

En el primer contacto, los padres adoptivos deben fijarse, tomar fotografías o filmar en vídeo las reacciones, movimientos, gestos, sonrisas y actitud del niño. Los padres deben llevar regalos acordes con la edad (muñecos, pelotas...), regalos sencillos, robustos y de colores. Los regalos deben ser de tamaño adecuado, grandes, no pequeños, porque el niño podría introducírselos en la boca y aspirarlos al pulmón o tragarlos. Tampoco es aconsejable regalar objetos supermodernos, esos de botones, funciones y pantallas. Mientras el

niño juega hay que fijarse en si existe concordancia, similitud entre lo que pone el informe médico y lo que se ve a simple vista. Este vídeo debe ser estudiado por su futuro pediatra.

Informe preadoptivo

Los padres deben conocer y comentar con el pediatra la información contenida en el informe preadoptivo: el lugar de origen, la edad, las enfermedades previas, las características del recién nacido, etapa neonatal, sufrimiento fetal, enfermedades nutritivas (anemia, malnutrición...), enfermedades neurológicas (convulsiones, retraso motor...), medicamentos que recibe o ha recibido, estado de vacunación (tipos y fechas), peso, talla y perímetro de la cabeza.

Muchos informes describen enfermedades nutritivas (anemia, déficit de vitamina D) o retraso motor (los informes rusos lo llaman insuficiencia piramidal), retraso del lenguaje o emocional. Estos últimos pueden ser debidos a hospitalización o a permanencia prolongada en una institución de acogida.

Primera visita al médico

Se realizará pasadas dos o cuatro semanas, no inmediatamente, excepto que el niño esté enfermo. Es necesario que los padres y el niño se conozcan previamente. Cuando presente fiebre, una enfermedad infecciosa o parasitaria, la consulta al médico deberá realizarse pronto, a lo sumo en los siguientes días, al objeto de evitar el contagio de sus padres y de las demás personas que le rodean. Las infecciones que deben descartarse son: hepatitis, parásitos intestinales, infección cutánea y enfermedades tropicales cuando los niños proceden de continentes donde estos males son endémicos, como África o Sudamérica.

Vacunas

Los informes de los países de origen indican las vacunas recibidas. La fiabilidad de estas certificaciones no es total. Algunos estudios de los análisis realizados a los niños no han encontrado anticuerpos contra las vacunas administradas, lo que indica que nunca fueron vacunados. En algunos países, estos informes son fiables; en otros, no. Por ello se debe realizar un estudio de anticuerpos o, lo que es mucho mejor, efectuar un nuevo programa de vacunación como si no hubiera recibido ninguna vacuna. Es muy poco probable que el niño adoptado

haya recibido algunas vacunas, en especial las más caras (meningococo, neumococo, varicela, hepatitis B...).

Alimentación

Muchos niños recibían una alimentación deficitaria, a veces escasa, siempre diferente a la que recibirán con sus nuevas familias. Por ello unos rechazan la comida, porque no les gusta, otros la devoran y manifiestan una actitud de glotonería, que al principio asusta porque comen todo el día y parece que nunca se sacian; otros no la toleran y aparecen vómitos y diarrea. Muchos padecen malnutrición. Los niños procedentes de China y del resto de los países de Asia acostumbran a comer soja y arroz como base de la dieta. Los del este de Europa toman pocas proteínas (carne y pescado), por lo que es necesario ser paciente con ellos, introduciendo nuevos alimentos, nuevas consistencias, de manera lenta. Los niños pueden tardar meses o incluso años en comer adecuadamente y en que su apetito se adapte a sus necesidades. El ansia por comer o no masticar puede permanecer largo tiempo. La malnutrición puede dejar secuelas solamente cuando fue prolongada y en los períodos precoces de la vida (los primeros meses). Las secuelas afectan a la talla futura y al peso, también al desarrollo mental. Diversos estudios han demostrado que la recuperación tanto física como mental, psicoafectiva y nutritiva es total si la adopción se realiza antes de los seis meses y casi total si es antes de los cuatro años.

Fiabilidad de los informes médicos

Muchos de los niños adoptados proceden de orfanatos pobres, donde la escasez de alimentos y medicamentos y la falta de controles médicos hace que no exista documentación fiable. Los informes médicos de los niños rusos y de la antigua Unión Soviética no son totalmente fiables, son más pesimistas que la realidad, posiblemente porque su legislación prohíbe que niños normales sean adoptados en otros países. Esto puede traducirse en que en ellos aparezcan palabras como *malnutrición*, *hipovitaminosis*, *distrofia*, *encefalopatía hipóxica*... diagnósticos que en realidad son inciertos. El reconocimiento posterior en los países adoptivos no suele confirmar estos diagnósticos.

Desarrollo psicomotor

Algunos niños tienen retraso del desarrollo psicomotor y psicoafectivo.

Su intensidad está en función del tiempo transcurrido en el orfanato, el tipo de institución (con personal y estímulos afectivos o no) y la existencia de enfermedad crónica (sufrimiento del parto, malnutrición, secuelas de infecciones...).

Las carencias y los déficits más frecuentes son:

— Movimientos rítmicos de autoestimulación, consistentes en mecerse, balancearse, o el juego solitario.

— Retraso en el control de los esfínteres (control de la orina y de las heces).

— Comer mucho, beber mucho, excesivamente; ansias de comer.

— Pesadillas nocturnas y rabietas.

— Mirada esquiva y timidez.

— Retraso del lenguaje por falta de estímulo.

— Hiperactividad, agresividad.

Durante las primeras semanas, los padres debéis observar y tolerar estos déficits psicoafectivos. En general desaparecen espontáneamente cuando los niños entienden que la comida no se acaba, siempre hay más, que no necesitan autoestimularse porque sus padres los entretienen, los acarician, los acompañan y les enseñan a jugar con juguetes. Los terrores y los demás síntomas pueden durar muchos meses.

El futuro

El futuro del hijo y los padres es excelente, compensa con creces el esfuerzo de adaptación para ambos, los hijos adoptivos no son menos queridos que los hijos biológicos. Estos niños continúan queriendo a sus padres, cuando se enteran de su realidad familiar, tanto o más que los hijos naturales quieren a sus padres biológicos.

El lazo afectivo se fundamenta en el apoyo entre las personas, especialmente entre los miembros de la familia, el contacto visual, verbal, psicológico y físico, no en los cromosomas ni en los genes. El lazo afectivo de estos hijos con sus padres y viceversa es tan fuerte como en cualquier otro núcleo familiar y depende fundamentalmente de la actitud emotiva y de la responsabilidad de los adultos.

24. Masturbación

La masturbación es normal en cualquier sexo, no es una alteración del comportamiento ni una conducta viciosa, enfermiza o poco moral. Es normal y frecuente en niños pequeños, en preescolares, escolares, adolescentes, adultos e incluso en la tercera edad. Como hasta hace poco la masturbación ha tenido connotaciones negativas, pecaminosas e insalubres, muchos padres quedan confundidos y desorientados cuando descubren que sus hijos se masturban. La masturbación es independiente del sexo, se masturban niños y niñas, hombres y mujeres. Los niños preescolares, escolares y adolescentes pueden masturbarse varias veces al día, una vez a la semana o nunca, y todo ello es normal. En este capítulo aprenderás cómo ayudar a tu hijo y cómo ayudarte a ti mismo si tu actitud es de preocupación. Desgraciadamente, para muchos padres la masturbación continúa siendo un tema tabú.

Cómo y por qué se masturban los niños

Los niños aprenden pronto a reconocer su cuerpo, miran sus manos, más tarde sus pies y a partir de los seis meses, cuando comienzan a sentarse, reconocen sus genitales. Cuando a los pequeños se les quita el pañal para el aseo, muchos niños tienen erecciones de pene y las niñas sensaciones agradables que no tienen ninguna connotación sexual. Más tarde, durante el baño, los niños de dos años se tocan para reconocer su cuerpo, es un proceso de aprendizaje. A partir de los tres o cuatro años, más de la tercera parte de los niños inician la masturbación, un proceso que consiste en la manipulación de los genitales, del pene y la vagina, para obtener sensación de placer. Las formas de masturbación en estas edades son muy variadas: pueden tocarse los genitales con las manos, frotarse contra un objeto o mover una pierna contra la otra de manera rítmica. Los niños aparecen como aturdidos, absortos, se les enrojece la cara y la respiración puede hacerse más rápida o irregular, apareciendo después un período de relajación y tranquilidad. Los niños escolares y adolescentes se masturban como los adultos.

La masturbación de los niños pequeños no tiene una causa patológica, forma parte del desarrollo normal de los humanos, es como aprender a andar, a comer o a pensar. La masturbación en los adolescentes es universal, casi obligada, tan normal como la

eyaculación involuntaria nocturna, forma parte de la producción hormonal de la pubertad que obliga a tener erecciones con o sin pensamientos eróticos, erecciones espontáneas seguidas de eyaculación al mínimo estímulo, que no pueden ser controladas ni frenadas por el individuo. Los niños no se deben sentir mal por ello.

¿Tiene consecuencias posteriores la masturbación?

La masturbación no produce ningún daño físico ni psíquico, ni a corto ni a largo plazo; tampoco produce debilitamiento ni tiene relación con la actividad sexual posterior. Los niños que se masturban no serán promiscuos de mayores ni tendrán inclinaciones sexuales diferentes por la masturbación. Muchos padres tienen la creencia de que la masturbación es un vicio y reprenden repetidamente a su hijo o hija; esto produce en los niños un sentimiento de culpabilidad que es la única consecuencia negativa de la masturbación. La culpabilidad por hacer algo malo, sucio o feo no impide que el niño se masturbe, lo continuará haciendo sin que lo vean, pero tendrá un sentimiento de culpa y de infravaloración tan grande e innecesario como sea la insistencia de los padres.

¿Existe una frecuencia normal?

No existe una frecuencia normal, cualquiera es normal. Hay épocas en la vida de los niños en que se masturban varias veces al día, luego se les olvida y pueden estar semanas o meses sin estimularse, para volver a hacerlo ocasional o frecuentemente. Algunos niños, sin embargo, descubren tarde su cuerpo y no se masturban hasta la edad escolar o la adolescencia. En éstos, la masturbación puede pasar desapercibida a sus padres porque el pudor los obliga a esconderse.

Como los adolescentes suelen hacer bromas con la masturbación, éstos deben ser informados por sus padres de que este hecho es normal, ya que sirve para liberar las tensiones sexuales y para eliminar en los niños el semen producido. Tan normal es masturbarse una vez como muchas o ninguna, esto no les va a producir acné, cansancio ni disminución del rendimiento escolar ni deportivo.

Qué hacer para ayudar a tu hijo o hija

Lo mejor es que aceptes la realidad, ya que el problema no es de tu hijo, es tuyo, puesto que no aceptas la masturbación como algo normal. Una vez que tu hijo ha aprendido a masturbarse ya no lo

dejará, lo hará delante de ti o a escondidas, pero continuará practicándolo. Si tú no lo aceptas, sufrirás intentando eliminar una actividad fisiológica, además de culpabilizar a tu hijo o hija.

Si el niño se masturba en la cama o en otro lugar, no trates de sorprenderle, tienes perdida la batalla.

Como muchos adultos continúan pensando que la masturbación infantil es mala, dile a tu hijo que no «haga eso» en público porque mucha gente no lo entiende, que lo haga si lo desea en su habitación o en privado. A partir de los cinco o seis años ya entienden que hay cosas que molestan a los demás.

Si la masturbación es muy repetida, quizá tu hijo se aburre y éste es el único entretenimiento. Juega con él, cuéntale cuentos, acaríciale, dedícate más a él. Algunos niños se masturban menos cuando reciben más manifestaciones de afecto y cariño.

Si tu hijo o hija es adolescente, infórmale con naturalidad de la masturbación. Si no lo haces, recibirá sólo una información inadecuada de sus amigos. La educación sexual también te corresponde a ti, esto evitará tensión y sentimientos de culpa innecesarios, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Esta época de la adolescencia es difícil para los chicos y también para los padres. Ambos se distancian porque no se entienden bien, los hijos piensan que sus padres representan solamente la autoridad, las normas, la disciplina y el mando, que no entienden su cultura, su música, su forma de vestir ni sus prioridades. Son los padres quienes deben tener la madurez suficiente para comprender y acercarse a sus hijos e interesarse por sus problemas, sus ilusiones, sus principios, sus aficiones, tolerando su manera de vestir. Si tienes en cuenta todo esto, tu hijo se irá acercando. Es altamente recomendable hablar mientras dais un paseo, tomáis juntos un refresco fuera de casa o realizáis alguna actividad conjunta.

Cuándo consultar a tu médico

Algunas veces, pocas, es aconsejable consultar a un médico:

— Si tu hijo intenta tocar o masturbar a otra persona, ya sea niño o adulto, porque esto puede indicar que ha sido objeto de abusos sexuales.

— Si la masturbación es repetida y el niño está triste, ya que puede existir un déficit afectivo o un estado depresivo.

— Si continúa masturbándose en público después de haberle advertido que lo hiciera en privado, porque es indicativo de

inadaptación.

— También debes consultar cuando tú no aceptas este comportamiento o te preocupa.

Síntomas y enfermedades comunes

1. Fiebre. Cuándo preocuparse

La fiebre es el síntoma más frecuente de los niños, y por ello la principal causa de consulta médica. Cuando tu hijo está enfermo, toda la familia está preocupada, pero cuando además existe fiebre la preocupación aumenta y con frecuencia aparece angustia ante la posibilidad de que el niño tenga una enfermedad grave. Sin embargo, la fiebre en los niños es debida, la mayoría de las veces, a enfermedades leves. En este capítulo aprenderás a combatir la fiebre y a conocer en qué situaciones debes preocuparte.

Qué es la fiebre

La *fiebre* es la elevación de la temperatura del cuerpo por encima de 38 ºC. Se llama *febrícula* a la temperatura que oscila entre 37,5 y 38 ºC. Aunque la temperatura normal del cuerpo varía con la edad, con una máxima de 37,5 ºC en los niños pequeños y 38 ºC en niños mayores, no se considera fiebre hasta que no supera los 38 ºC de temperatura axilar. La temperatura normal (entre 36 y 37,5 ºC) es mayor en el recto y en el oído que en la axila o en la ingle, más alta por la tarde que por la mañana y mayor después del ejercicio físico y durante el período de digestión de la comida.

La fiebre es una respuesta del organismo producida generalmente por la agresión de un microbio, casi siempre virus o bacterias y, raramente, hongos o parásitos. También puede deberse a otras causas no infecciosas.

Dónde tomar la temperatura

Aunque existen muchos métodos para tomar la temperatura, el más fiable sigue siendo el termómetro introducido en el recto, durante un período de uno o dos minutos. La temperatura en la axila o en la ingle puede dar valores más bajos que la temperatura real, bien porque el termómetro no se ha dejado puesto cinco minutos —que es el tiempo necesario para que la lectura sea fiable— o bien porque no se coloca adecuadamente, de forma que no todo el calor del cuerpo se ha transmitido al termómetro.

Existen termómetros de oído, muy cómodos, porque la lectura es instantánea, pero muchas veces la temperatura que ofrecen no es

totalmente fiable, ya que puede alterarse por infecciones de oído, tapones o por una inadecuada técnica de medición. Otros termómetros cómodos y de fácil uso son los digitales que se ponen en la frente o en otras partes de la piel.

Un termómetro excelente son tus manos, mejor todavía tus labios, que aplicados sobre la frente o el cuerpo del niño detectan con mucha fiabilidad si la temperatura es superior o no a la habitual. Si al hacerlo sospechas la presencia de fiebre, es necesario utilizar el termómetro para confirmarla y también para conocer la evolución de la temperatura corporal en las siguientes horas.

Cómo se mantiene la temperatura del cuerpo

Cualquier niño mayor, al igual que ocurre con los adultos, puede mantener la temperatura del cuerpo estable, aunque haga frío o calor en el exterior, gracias a un sistema de calentamiento y refrigeración natural que es el responsable de que el cuerpo se caliente cuando hace frío o se enfríe cuando hace calor. La fiebre se produce porque se sobrepasa la capacidad natural de refrigeración del cuerpo.

Cuando la temperatura del organismo es elevada se ponen en marcha los mecanismos de pérdida de calor, que son la sudoración y la radiación de calor al exterior. El cuerpo actúa en estos casos como un radiador de calefacción, motivo por el cual el niño con fiebre debe estar con poca ropa o desnudo para facilitar la pérdida de calor. La sudoración puede ser tanto de gotas gruesas como de gotas imperceptibles, en ambos casos tiene el mismo objetivo, evaporarse, para lo cual necesita el calor que es robado del cuerpo y éste se enfría. La evaporación del sudor tiene el mismo efecto físico que cuando nos ponemos alcohol en la piel y soplamos: se nota inmediatamente una sensación de frío provocada por esta evaporación. Por eso los niños con fiebre pierden de manera invisible mucha agua por su piel y necesitan que se les ofrezca muy frecuentemente líquidos.

El calor se mantiene gracias al metabolismo y a la combustión de los alimentos. Cuando hace frío, la sangre evita la piel, que es donde se enfría. El termostato de esta central térmica, que produce más calor cuando el cuerpo lo necesita, también modula el enfriamiento, capaz de mantener el cuerpo entre 35,5 y 37 ºC, se encuentra en el cerebro.

Cuáles son las principales causas de fiebre

En los niños, las principales causas de fiebre, no las únicas, son las infecciones, que pueden manifestarse sólo con fiebre o con fiebre

acompañada de otros síntomas. Éstos suelen corresponder generalmente a infecciones respiratorias leves, catarros o enfriamientos banales, de origen vírico, infecciones autolimitadas que evolucionan espontáneamente hacia la curación. En estos casos, los niños tienen fiebre, tos y mocos, pero mantienen un buen estado general en ausencia de fiebre, ya que todos los niños están decaídos mientras tiene lugar un estado febril.

En ocasiones, la fiebre acompaña a infecciones respiratorias de carácter más grave, que cursan también con tos, expectoración y decaimiento, tanto con fiebre como sin fiebre. Otras veces son infecciones de las amígdalas o de los oídos, que precisan tratamiento específico.

Otras infecciones muy frecuentes y que producen fiebre son las gastrointestinales, que cursan con vómitos, diarrea y dolor abdominal, y las urinarias, que pueden no presentar ningún otro síntoma.

Cuando se produce este tipo de infecciones en el niño pequeño, es decir, tiene fiebre, pero ningún otro síntoma, éste debe ser estudiado por su pediatra.

Algunas fiebres no son de origen infeccioso. La más frecuente es la fiebre por excesiva temperatura ambiental, bien porque la calefacción está muy alta, bien porque es un día de mucho calor o porque se ha expuesto el niño demasiado tiempo al sol. La deshidratación y algunas intoxicaciones también producen fiebre.

Cuándo preocuparse por la fiebre

Siempre que un niño tenga fiebre debe ser examinado por su médico. En algunas situaciones, la consulta debe hacerse de urgencias sin demora para descartar una enfermedad grave. Estas situaciones de alarma ante la fiebre son:

— Cuando un recién nacido presenta fiebre o, por el contrario, una baja temperatura (inferior a 35,5 ºC), porque en ambos casos es necesario descartar una infección.

— Cuando un bebé menor de tres meses sufre fiebre elevada, sin causa aparente o con otros síntomas acompañantes, entre los que están el decaimiento, la irritabilidad y el rechazo de la alimentación.

— Cuando el niño menor de dos años manifiesta tendencia al sueño (en ausencia de fiebre) o presenta dificultad al respirar.

— Cuando niños de cualquier edad tienen fiebre y manchas rojas en la piel; manchas que no desaparecen al apretar la piel con un cristal transparente, por ejemplo un vaso (figura 9), o al estirarla con los dedos.

— Cuando niños de cualquier edad presentan una temperatura por encima de los 40 ºC.

En los demás casos de fiebre, cuando el estado general del niño no es malo y su vitalidad no está claramente disminuida, puede demorarse la visita al médico algunas horas, entre veinticuatro y treinta y seis. Mientras tanto, es necesario vigilar la aparición de síntomas de alarma y hacer descender la fiebre con medidas físicas y con medicamentos que debes aprender a manejar.

Qué hacer cuando tu hijo tiene fiebre

En primer lugar, quitarle ropa y ofrecerle líquidos, agua. Los niños pequeños toleran bien quedarse desnudos, los mayores lo toleran mal y reclaman ropa de abrigo que puede ser sustituida por ropa de verano, que no mantiene la temperatura.

Si tu niño es pequeño y la fiebre es elevada debes o bien bañarle con agua tibia fresca durante quince o veinte minutos, o bien aplicarle paños fríos mojados en la frente, axilas, ingles, brazos y piernas, paños que deben cambiarse periódicamente por otros mojados porque se calientan con mucha rapidez. Los niños mayores suelen rechazar el baño fresco, toleran mejor los paños fríos. Con estas sencillas medidas puedes controlar la fiebre cuando no es elevada. En estos casos hay que administrar además fármacos antitérmicos.

Tu médico te indicará qué fármacos puedes utilizar para normalizar la temperatura, también prescribirá la dosis y la frecuencia con la que puedes repetir esta medicación. La dosis depende del peso, no de la edad.

Los dos fármacos más utilizados son el ibuprofeno y el paracetamol, comercializados en el mercado por diversas marcas y distintas formas de presentación. El ibuprofeno debe administrarse después de ingerir algún alimento —leche, galletas, yogur, etc.—, porque puede irritar el estómago. Otro buen antitérmico oral es el metamizol. Todos estos medicamentos antitérmicos tienen también efecto analgésico; pueden, por tanto, utilizarse tanto para bajar la fiebre como para suprimir o aliviar el dolor.

Te recomendamos que te familiarices con alguno de estos fármacos, de modo que puedas utilizarlos siempre que tu médico te autorice a ello.

2. Vómitos. Por qué se producen

Como todo el mundo sabe, el vómito es la expulsión del contenido gástrico, con o sin alimentos, por la boca o por la boca y la nariz. En los primeros meses de vida, los lactantes tienen con frecuencia vómitos por regurgitación.

Los vómitos son muy frecuentes en los niños de cualquier edad, es un síntoma que aparece en niños sanos o enfermos, acompañando a múltiples enfermedades, unas veces leves y otras graves; es un síntoma que puede aparecer esporádicamente o ser muy repetitivo. Algunas veces, los vómitos se producen por enfermedades o anomalías del aparato digestivo; otras veces acompañan a infecciones respiratorias, urinarias, a la meningitis u otras enfermedades no infecciosas. Interpretar el significado de los vómitos puede ser muy importante para la salud de tu hijo y para tu tranquilidad.

Por qué se producen los vómitos

Existen muchas causas de vómitos. En este capítulo aparecen las más frecuentes e importantes.

Vómitos con regurgitación

Cómo son y por qué se producen

Durante los primeros meses de vida, los niños regurgitan el alimento, generalmente la leche ingerida, intacta o cortada con olor ácido, o simplemente líquido que corresponde al jugo gástrico. La regurgitación es normal en los niños pequeños y tan frecuente que la padecen dos de cada tres lactantes menores de cuatro meses; esta frecuencia disminuye conforme los niños van creciendo. Desaparece

en casi todos antes del año de edad.

Los vómitos se producen por una conjunción de motivos; el más importante es la inmadurez fisiológica de la válvula situada en la entrada del estómago, llamada cardias. En los niños mayores y en los adultos, la válvula cardias permite la entrada de alimentos en el estómago, pero no la salida, motivo por el que a ti te cuesta tanto vomitar. En los niños pequeños esta válvula no funciona bien, permitiendo que el contenido del estómago vuelva a la boca una o muchas veces; además, la alimentación durante los primeros meses no es espesa y sí muy voluminosa para el tamaño del niño, lo que facilita la regurgitación. Por último, los bebés permanecen todo el día, o la mayor parte, en posición horizontal, tumbados, posición que impide actuar al mecanismo de la gravedad. Por todo ello, la regurgitación es normal al eructar, cambiar el pañal, al tocarle la tripa para jugar o simplemente porque sí, generalmente al hacer fuerza con los músculos del abdomen y aumentar la presión dentro de esta cavidad.

Las regurgitaciones son menos frecuentes en los bebés que toman el pecho que en los que reciben lactancia artificial, seguramente porque la leche materna se digiere mejor y permanece menos tiempo en el estómago que la artificial.

En ocasiones, los vómitos son tan intensos o frecuentes que pueden estar producidos por una enfermedad llamada reflujo gastroesofágico. En estos casos, los niños no ganan peso o lo hacen escasamente, tienen tos crónica o episodios de asfixia con los vómitos, están irritables y llorones o se niegan a comer. En la mayoría de los casos (el 80 por ciento) el reflujo gastroesofágico se resuelve espontáneamente antes del año y medio de edad, pero la escasa ganancia de peso, el llanto por inflamación del esófago al pasar el contenido ácido del estómago al esófago y la frecuente asociación con alergia a las proteínas de la leche de vaca obligan a imponerles una dieta especial y otros tratamientos.

Qué hacer

Las regurgitaciones desaparecen con el tiempo sin ningún tratamiento, no necesitan estudios ni medicamentos. Los siguientes consejos pueden ayudarte:

— Alimenta a tu hijo con más frecuencia, pero con menos volumen, ya que la gran distensión del estómago facilita los vómitos.

— Siempre que puedas, utiliza tu pecho, no el biberón.

— Acuéstale del lado derecho, porque la salida del estómago está en la parte derecha del abdomen.

— Cuando vomita mucho, puedes mantenerle sentado en su sillita,

incluso durante la siesta. No te preocupes, la columna no se estropea.

— Cuando los vómitos son más intensos, consulta a tu pediatra, quizá te recomiende una leche especial más espesa, con fórmula láctea antirregurgitación.

— Si tu hijo presenta síntomas de reflujo gastroesofágico, consulta a tu pediatra. Necesitará probablemente algún estudio y quizá medicación.

Vómitos provocados

Cómo son

Son vómitos precedidos de movimientos de náuseas, muy frecuentes en los niños que no quieren comer más o en aquellos que intentan llamar la atención. Los niños están bien, juegan, pero cuando llega la hora de comer o en mitad de la comida o cuando les toca tragar un medicamento, hacen maniobras de náuseas seguidas del vómito, después continúan jugando. No tienen fiebre ni afectación del estado general. El vómito desaparece cuando lo hace la causa que lo provocó, por ejemplo, cuando la madre acepta no dar más alimentos. Este tipo de vómitos es característico de los niños de entre seis meses y tres años.

Los niños que se provocan el vómito suelen ser niños listos, inquietos, que han aprendido la utilidad del vómito para frenar a padres ansiosos que pretenden que su hijo se tome hasta la última gota del biberón o de la papilla. Otras veces, los niños amenazan con vomitar ante cualquier contrariedad, cuando tienen que recibir algún medicamento necesario para su salud, o nada más iniciar la comida; en estos casos, los padres debéis insistir, reprendiendo con palabras la actitud de vuestro hijo.

Qué hacer

Si el niño vomita, debes iniciar nuevamente la toma del medicamento o de la alimentación. Es una lucha entre dos y en este caso los padres deben vencer. Diferente es cuando el niño amenaza con vomitar en la mitad o al final de la comida; en este caso, los padres deben entender el lenguaje de gestos, aceptando y respetando su deseo: «Estoy lleno, no quiero más.»

Vómitos por catarros

Cómo son
Muchos niños con catarro vomitan. Los vómitos pueden estar provocados por la fiebre o por el moco que acompaña al propio estado catarral. La producción de moco en las infecciones respiratorias sirve al organismo para defenderse del microorganismo invasor, siendo visible el moco tanto en la nariz como en la parte posterior de la garganta y a lo largo de toda la vía respiratoria infectada. Cuando el médico introduce el depresor de la lengua para ver la garganta, muchas veces cuelga detrás de la campanilla (úvula) un moco espeso. Estas secreciones se movilizan con la respiración y con la tos, estimulando los receptores del vómito, que son los mismos que se tocan los adultos con los dedos cuando desean provocarse el vómito. Otras veces, los niños con catarro tragan continuamente moco y éste les llena el estómago. En estos casos, los niños no comen, están inapetentes porque el estómago desconoce si lo que lo ocupa es alimento o es mucosidad, el vómito es entonces una mezcla de hebras viscosas mezcladas, o no, con contenido alimenticio. Los vómitos debidos al catarro no tienen importancia, son un síntoma más y desaparecen cuando éste se cura.

Vómitos cetonémicos

Cómo son
Son vómitos con un olor peculiar, dulzón, del aliento a acetona o a manzana, que aparecen cíclicamente cuando el niño tiene fiebre o alguna infección. Los cuerpos cetónicos, conocidos popularmente como acetona, son sustancias que el cuerpo del niño produce siempre que quema las grasas que tiene almacenadas. Esto sucede cuando el organismo necesita más energía, por ejemplo, por la fiebre o la infección, y el niño no la consigue, ya que en estas situaciones se come menos. El organismo del niño utiliza en estos casos las grasas almacenadas. Como productos de desecho de esta combustión aparecen los cuerpos cetónicos, que son muy volátiles —por eso le huele el aliento—, y que se eliminan también por la orina. El análisis de la orina puede realizarse en el propio domicilio de manera sencilla. Se introduce una tira reactiva para cuerpos cetónicos que se puede adquirir en la farmacia. Cuando por la orina se elimina acetona, esta tira adquiere un color morado, y cuanto más oscuro, más cuerpos

cetónicos hay.

Se establece un círculo vicioso, la acetona produce vómitos y éstos impiden comer, aumentando así la acetona. Además puede generar dolor de tripa y de cabeza.

Qué hacer

El tratamiento de los vómitos cetonémicos consiste en la administración de líquidos azucarados en pequeñas cantidades y frecuentemente, por ejemplo, un sorbito o una cucharada sopera cada cinco minutos. Cuando los líquidos consiguen forzar la cantidad de orina, ésta depurará los cuerpos cetónicos de la sangre, desapareciendo los vómitos. Además, los líquidos azucarados aportan la energía que evitará la utilización de las grasas, desapareciendo la nueva producción de cuerpos cetónicos.

Vómitos en escopeta

Cómo son

Son vómitos en chorro, no precedidos por náuseas ni por ningún gesto de la cara. Aparecen bruscamente, sin aviso, proyectando el contenido del vómito a varios metros de distancia. Son siempre patológicos, es decir, acompañan a una enfermedad.

Cuando los vómitos en escopeta aparecen alrededor de la tercera semana de vida, posiblemente el píloro —que es la puerta de salida del estómago— está cerrado, debido a una enfermedad que se llama *estenosis hipertrófica del píloro*, que precisa hospitalización y tratamiento quirúrgico.

Si el vómito en escopeta aparece con dolor de cabeza, cuyos síntomas en el niño pequeño son que no puede hablar, está irritable o presenta disminución del nivel de conciencia, con tendencia al sueño, la causa puede estar relacionada con enfermedades que afectan a la cabeza del niño. Tenga o no fiebre, se debe realizar una consulta médica urgente.

Vómitos con dolor de tripa

Cómo son

El dolor que acompaña a estos vómitos puede ser de tres tipos:

— Dolor tipo cólico, que es un dolor intenso, de aparición brusca, que cambia de sitio dentro del abdomen, y desaparece rápidamente para reaparecer en el mismo lugar o en otro; con movimientos como retortijones de tripa. Acompaña a la infección intestinal, la gastroenteritis aguda, una enfermedad que cursa con vómitos, dolor abdominal y más tarde diarrea, a veces fiebre.

— Vómitos y dolor fijo continuo, que aumenta y se localiza en un punto determinado del abdomen. Cuando el dolor es en la parte baja derecha, junto a la ingle derecha, y el niño tiene fiebre, puede tratarse de una apendicitis aguda.

— Vómitos repetidos y dolor difuso en la pared del abdomen. Puede tratarse solamente de agujetas musculares, debido a que durante el vómito trabajan mucho los músculos abdominales.

Vómitos con alimento sin digerir

Cómo son

Son los vómitos de alimentos íntegros, sin digerir, tomados varias horas antes, por ejemplo a la hora de la cena los niños vomitan la comida realizada durante la merienda, incluso en el almuerzo. Los niños están pesados, sin ganas de jugar, sin apetito, pero cuando se producen uno o varios vómitos, nuevamente recobran la actividad y las ganas de jugar. Esto se conoce popularmente como «corte de digestión». Normalmente, los alimentos tardan en ser digeridos entre media hora y dos horas, dependiendo del tipo y de la cantidad, los que contienen grasa tardan más que los que tienen hidratos de carbono. Dos horas más tarde como máximo, el alimento ha pasado desde el estómago al intestino y aquí ha sido modificado, digerido y absorbido a través de la sangre, por tanto no existe ya como alimento. Cuando esto no ha sucedido y persiste en el estómago, el proceso de digestión no se ha realizado, el alimento debe ser eliminado mediante el vómito.

Casi siempre, estos vómitos acompañan a transgresiones dietéticas, tan frecuentes en los niños, especialmente después de asistir a fiestas con sus amiguitos, donde comen una mezcla de alimentos y chucherías difíciles de asimilar por su sistema digestivo. Otras veces preceden a infecciones intestinales.

Vómitos por otras causas

Los vómitos pueden acompañar a otras enfermedades infecciosas como otitis media o infección de la orina, también a intoxicaciones alimenticias y medicamentosas, siendo en todas ellas un síntoma no específico. Cuando los vómitos se acompañan de fiebre es necesario consultar al pediatra.

Medicamentos para los vómitos

El tratamiento de los vómitos consiste en tratar la causa que los produce; sin embargo, cuando son persistentes y no ceden puede emplearse ondasetron, un medicamento muy potente para frenar los vómitos. Se utiliza con frecuencia en los pacientes oncológicos que reciben quimioterapia, porque ésta produce vómitos repetidos. Consulta a tu médico la posibilidad de tomar este u otro fármaco.

¿Cuándo debo consultar con el médico?

Te aconsejamos que te preocupes y consultes sin demora en los siguientes casos. Acude al médico si los vómitos:

— Son repetidos. El niño no tolera líquidos porque los vomita, especialmente cuando aparece diarrea, puesto que existe el riesgo de deshidratación. Cuando ésta es intensa se manifiesta porque los ojos están hundidos, la lengua y los labios están secos y la cantidad de orina es escasa y concentrada. Consulta el capítulo «Deshidratación y rehidratación».

— Se acompañan de fiebre elevada, especialmente cuando el estado de la conciencia está disminuido y el niño tiende a dormirse y no responde bien a los estímulos.

— Son de larga duración, sobre todo si se acompañan de dolor de cabeza desde varios días o semanas antes.

— Se acompañan de fiebre y dolor en la parte derecha y baja del abdomen junto a la ingle derecha.

— Son en escopeta, en cualquier época de la vida, especialmente entre la segunda y quinta semana del nacimiento.

— Son con sangre o presenta sangre en las heces.

— Se han repetido en más de dos o tres tomas seguidas en un lactante pequeño, menor de tres o cuatro meses.

3. Tos. Causas y remedios

Como sabes, la tos es muy frecuente en los niños y por eso es un motivo muy corriente de consulta médica. La tos puede ser un síntoma aislado o acompañar a otros como fiebre o catarro; unas veces es de corta duración, pero muy intensa y no deja descansar al niño ni a la familia, mientras que otras puede ser una tos crónica que persiste durante varias semanas o incluso meses. En ocasiones, el niño tose, pero está contento y juega, pero en otras permanece abatido, agotado y con signos de enfermedad. Si acabas de tener un hijo, más pronto que tarde le oirás toser y te preocupará; si tu hijo es mayor, seguramente habrá tenido más de un episodio de tos acompañado de resfriado o de alguna otra enfermedad. Aunque la tos es muy frecuente, generalmente es poco importante, excepto en casos contados, lo que produce mucha ansiedad en los padres. En las siguientes páginas aprenderás a distinguir los diferentes tipos de tos, sus causas, consecuencias y algunos remedios caseros.

Para qué sirve la tos

La tos es muy útil para la depuración de los conductos que llevan el aire hasta los pulmones y para la limpieza de éstos. Para vivir necesitamos introducir grandes volúmenes de aire en los pulmones; por ejemplo, un niño de diez kilos mueve cada día casi cuatro mil litros de aire —unas veces aire limpio, pero otras, contaminado por irritantes, humo, polvo, virus o bacterias—. El organismo de los niños y el de los adultos tiene un sistema de limpieza y de filtro de aire que empieza en la nariz y termina en el pulmón, y el objetivo fundamental de éste es la eliminación de sustancias extrañas en las vías respiratorias. Cuando nuestro organismo detecta la existencia de moco o de cuerpos extraños, información que recibe a través de múltiples sensores o «vigilantes» que tenemos a lo largo de estas vías respiratorias, provoca la tos para limpiar y desobstruir ese lugar, por

donde sólo tiene que circular aire. Por ello, la tos puede ser normal, aunque también puede representar, por supuesto, un síntoma de enfermedad, un síntoma que casi nunca debe suprimirse, ni en niños sanos ni en los enfermos, contrariamente a lo que muchos padres piensan, porque al hacerlo se elimina el principal mecanismo de limpieza y eliminación de secreciones de las vías respiratorias.

Por qué se produce la tos

La tos se produce por muchas causas, dependiendo del tipo. Puede ser aguda o de corta duración; crónica o persistente; seca sin flemas o húmeda, caracterizada por la eliminación de moco, o tos afónica o «perruna».

La causa más frecuente de la tos aguda está relacionada con las infecciones de las vías respiratorias, catarros y resfriados comunes, generalmente banales, la mayoría de las veces producidos por virus. Cursan con mocos, congestión nasal, tos y a veces fiebre, que dura de dos a cuatro días, aunque la tos puede persistir una o dos semanas. Estos cuadros son más frecuentes durante el invierno, especialmente en los niños pequeños que acuden a guarderías; éstos pueden tener ocho o diez episodios de tos por catarro cada año. Existen muchos tipos diferentes de virus que producen los mismos síntomas.

Cuando la tos es «perruna», afónica, suele ser debida a la infección de la laringe, que es el conducto que está debajo de la garganta y que alberga las cuerdas vocales. Es más frecuente en el otoño, se inicia por la noche y casi siempre es debida a una infección vírica. Puedes leer más sobre laringitis en el capítulo dedicado a este tema: «Laringitis».

La tos aguda puede estar también producida por la infección de los bronquios y de los pulmones. La bronquitis suele acompañarse de síntomas de catarro o resfriado y la infección del pulmón o neumonía se caracteriza por fiebre elevada, decaimiento y aspecto enfermo. En ambos casos, la tos es húmeda, los niños arrancan secreciones, moco, que se escucha en forma de ruidos o gorgoteo en el pecho, como un puchero de agua hirviendo, flemas que no se ven y que los niños suelen tragarse porque no saben expulsarlas al exterior.

La tos no húmeda constante, que suele aparecer por la noche, sin fiebre, puede corresponder a una crisis de asma. En estos casos aparece un silbido o pitido en el pecho y la respiración se hace más dificultosa. Sobre el manejo del asma puedes leer más extensamente en el capítulo «Asma. Tos y silbidos en el pecho».

La tos crónica es aquella que persiste más de dos semanas. Suele ser constante, de baja intensidad, pero molesta, que desespera a los padres porque piensan que su hijo puede tener una enfermedad grave. Sin embargo, la causa de la tos crónica en casi la mitad de los niños es debida a la caída de moco desde la parte trasera de la nariz a la garganta; esta tos se caracteriza por ser más intensa cuando el niño se acuesta o se levanta de la cama, por las noches y cuando se mueve, se agita, llora o corre. Algunas veces existe sinusitis, que es la infección de unas cavidades que están en la cara, cerca de la nariz o de los ojos. Esta tos húmeda no se acompaña de fiebre ni de ningún otro síntoma. Cuando no tosen, los niños están aparentemente bien, sanos, pero cuando lo hacen, la tos puede ser duradera y preocupar a los padres.

El asma mal controlada también produce tos crónica, seca, sobre todo durante la noche. Algunos niños tienen asma producida por el ejercicio físico; en estos casos tosen intensa y repetidamente, sofocándose cuando inician la actividad física.

El reflujo gastroesofágico produce también tos crónica, generalmente nocturna. Consiste en el paso del contenido gástrico, alimento o jugo gástrico —que es muy irritante, porque es ácido—, al esófago y de aquí a las vías respiratorias. Los vigilantes de cuerpos extraños, situados a lo largo de las vías respiratorias, detectan este irritante, produciéndose a continuación la orden de toser repetida e intensamente. No existe moco, fiebre ni ninguna otra manifestación, excepto facilidad para vomitar o regurgitar el alimento.

La aspiración de cuerpos extraños al pulmón, procedentes de la boca, como frutos secos, palomitas, semillas, piezas de juguetes, alimentos o cualquier objeto, tiene lugar generalmente en los niños de edades entre uno y cuatro o cinco años. Son edades en que los niños quieren probarlo todo, se lo llevan a la boca y a veces en vez de tragarlo lo aspiran al pulmón. En estos casos se produce un episodio de sofocación y asfixia que puede pasar desapercibido cuando no ha sucedido en presencia de un adulto. En los siguientes días aparece tos de repetición, crónica, cuya duración puede ser de semanas o meses y en ocasiones produce varias neumonías. Para prevenir esta situación que puede ser grave, nunca ofrezcas a tu hijo frutos secos, ni permitas que los tome antes de los cinco años, edad en la que el desarrollo de la dentición le permite triturar adecuadamente estos productos.

Excepcionalmente, la tos crónica está producida por enfermedades como la tos ferina, la fibrosis quística y otras. El tabaquismo pasivo también puede producir tos crónica, por eso y por otros muchos factores indeseables del tabaco evita que fumen delante de tu hijo. Las tos crónica también puede ser un tic nervioso; en estos casos

desaparece con el sueño.

¿Qué hacer? Cómo ayudar a tu hijo

Puedes iniciar el tratamiento de la tos con remedios caseros pero útiles. Después, si te preocupa el tipo de tos, o tu hijo tiene otros síntomas, consulta a tu médico.

— No des a tu hijo jarabes para la tos si su tos es húmeda, productiva, porque esta medicación dificultará la eliminación de flemas.

— La tos debe combatirse sólo cuando es seca y le impide descansar, dormir, asistir o trabajar en la escuela.

— Cuando tu hijo tenga secreciones en la nariz, la nariz obstruida, o respire por la boca, ponle en ambas fosas nasales suero salino (es agua con sal).

— El aire seco hace que las flemas sean más espesas y difíciles de eliminar, por eso te aconsejo que humedezcas la estancia con vasijas que contengan agua o con un humidificador de neblina fría de ambiente.

— Las secreciones se ablandan también dándole de beber mucha agua.

— Ponle en la mesita de noche una cebolla grande partida por la mitad, comprobarás que su efecto sobre la tos muchas veces es sorprendente.

— Ofrécele durante el día sorbitos de líquidos tibios preparados con agua, limón, canela y miel o con agua, azúcar y té, zumo de manzana o infusión de hierbas. Estas bebidas sedan la tos y fluidifican las secreciones, facilitando así su expulsión. Algunos médicos desaconsejan la miel en los menores de un año.

— Un estudio reciente ha demostrado que la miel batida con zumo de naranja o limón es tan efectiva como las gotas y jarabes de medicamentos utilizados como antitusígenos, además puede darse en forma de cucharaditas repetidamente, ya que es inocua.

— Si tu hijo tiene más de cuatro años puedes darle pastillas o caramelos contra la tos para que los chupe, no para masticarlos.

— Utiliza aerosoles con suero, se toleran bien a cualquier edad, aunque es mejor a partir de los dos o tres años. Los aerosoles son aparatos que pulverizan un líquido, en este caso, suero salino, que sale en forma de humo o niebla, que se aplica a través de una mascarilla o tubo sobre la cara del niño, para que lo respire. Los aerosoles con

suero salino ablandan las secreciones y calman la tos, ya que facilitan la limpieza de las vías respiratorias.

— Los medicamentos en forma de jarabe o pastillas para la tos deben ser indicados por tu médico, que te recomendará el tipo y la dosis.

Cuándo preocuparse por la tos. Cuándo consultar

Debes consultar sin demora si tu hijo presenta los siguientes síntomas:

— Tiene dificultad para respirar cuando no tose, respira muy deprisa o notas que el aire no le entra bien en los pulmones.

— Si tiene los labios azulados o morados.

— Cuando los ataques de tos duran varios minutos y después se queda agotado.

— Si presenta tos, fiebre y no responde a lo que le dices, o si está como ausente o dormido a pesar de tus estímulos.

— Si es pequeño, menor de seis meses, y tiene tos seguida de pausas de apnea; la apnea consiste en momentos muy cortos en los que parece que el bebé se olvida de respirar.

4. «Mi hijo no come.» Falta de apetito

Cuando tu hijo no come lo suficiente, o no lo hace como antes, en la medida que tú entiendes como normal, o cuando no tiene hambre, puedes preocuparte tanto que decidas consultar con el pediatra ante el miedo de que el niño tenga alguna enfermedad.

Sin embargo, el apetito de los niños es, en realidad, muy variable, a veces comen mucho, otras poco, incluso pueden saltarse alguna comida. Esto es completamente normal y no tiene ninguna importancia. Saltarse alguna comida de un modo esporádico incluso puede ser sano. Evidentemente, la falta de apetito puede ser también un síntoma de enfermedad, pero tan sólo debe preocuparte cuando esta inapetencia vaya acompañada de otros síntomas, tales como fiebre, decaimiento, disminución de la actividad física, tristeza o diarrea.

Por qué se produce la falta de apetito

La mayoría de las veces la falta de apetito en los niños es normal. Durante los primeros seis meses de vida, cuando el bebé recibe lactancia materna, la regulación de su apetito pasa desapercibida, de forma que, cuando se llena, el centro nervioso situado en el cerebro que controla el hambre envía un mensaje para finalizar la alimentación. La madre queda tranquila aunque el volumen de leche bebida no haya sido mucho. Sin embargo, cuando los niños reciben lactancia artificial, la madre controla el volumen preparado previamente de acuerdo a lo que ha tomado otras veces, según la experiencia con sus otros hijos, la información recibida de amigos o de libros, o según la medida recomendada en los botes de alimentación infantil. En estos casos, los padres insisten para que su bebé se tome hasta la última gota del biberón. A veces, el centro del hambre le

envía el mensaje de no comer más, estableciéndose una lucha entre el bebé y el que lo alimenta. Generalmente gana el pequeño, que pronto aprende a dejar caer por la comisura de sus labios la leche que llega a su boca. Este fracaso paterno no es bien aceptado, porque en la siguiente toma la insistencia para que finalice el alimento es todavía mayor, apareciendo la duda en los padres de si este rechazo de la alimentación será un síntoma de enfermedad.

En el segundo semestre de vida, los niños ganan menos peso y talla que en el primero y por ello las necesidades de alimentación son menores y en ocasiones aparece una disminución del apetito durante algunos días. En estas edades rechazan especialmente las verduras y las frutas, platos que los padres en general consideran indispensables para el crecimiento adecuado y por ello obligan a sus bebés a finalizarlos.

Entre el final del primer año y el quinto, muchos o todos los niños tienen períodos de anorexia fisiológica, esto es, de pérdida transitoria del apetito sin enfermedad. Durante estos años la ganancia de peso desciende respecto al primer año. Los niños triplican el peso del nacimiento al año de vida o antes, mientras que entre el primer y el quinto año pueden ganar sólo de dos a cuatro kilos de peso, siendo normal que su peso permanezca estable durante dos o tres meses. Por ello, por la ausencia de ganancia de peso y no al revés, los niños disminuyen espontáneamente, de forma normal, la cantidad de alimentos. Además, durante estos primeros años, los niños ni saben ni quieren triturar los alimentos. Sus muelas no están formadas y los músculos de la masticación no tienen fuerza, no están entrenados. En consecuencia, la trituración de los alimentos no se produce o es inadecuada, por lo que muchos alimentos permanecen en la boca del niño sin ser tragados. Los alimentos líquidos, blandos o triturados son mejor aceptados. Muchos padres deciden que ya es hora de comer como los niños mayores, que tienen que masticar alimentos sólidos, decisión que contribuye a que el niño deje de comer, lo haga lentamente o se niegue a tragar. Estos mismos niños trabajan la comida, mastican bien sólo lo que les interesa, por ejemplo una golosina.

Los niños muy activos generalmente son inteligentes, vivos, pero malos comedores, les interesa la comida, pero por poco tiempo, el necesario para matar el hambre. Después se entretienen con cualquier ruido o movimiento que sucede a su alrededor. Cuando tienen autonomía para moverse se escapan para satisfacer su curiosidad y abandonan el plato.

Los niños con catarro o con moco en la nariz o en la garganta

tampoco comen, su estómago permanece lleno de moco, y como no saben expulsarlo se lo tragan; ello les impide aceptar nuevos alimentos, ya que el estómago desconoce si lo que almacena es alimento o mucosidad, y esto último es muy difícil de digerir.

Los pacientes con cualquier tipo de infección tampoco tienen apetito, especialmente aquellos con infección intestinal (gastroenteritis aguda), infección de la orina o infección pulmonar.

La falta de apetito también puede ser un síntoma de enfermedad de origen no infeccioso, pero en estos casos siempre existen otros síntomas acompañantes.

A quién afecta la falta de apetito

A todos los niños y a todas las edades. A algunos niños sanos más frecuentemente que a otros. Todo o casi todo se hereda. Los hijos de padres que fueron malos comedores en su infancia suelen ser también niños inapetentes. Es aconsejable preguntar a los abuelos, o que éstos recuerden, cómo fue el apetito de sus hijos, ahora padres. ¿Se está reproduciendo el mismo modelo de falta de apetito? Si la respuesta es sí, acepta a tu hijo como es.

Los niños bajitos comen lógicamente menos que los niños grandes y no son pequeños porque no comen, sino que no comen porque son pequeños. Éstos necesitan menos alimento, menos materiales para construir un cuerpo pequeño, que aquellos que tendrán una talla grande. Los niños no crecerán más por comer más, crecerán lo mismo pero además serán gordos. La talla final está fijada genéticamente antes de nacer; en el momento de la fecundación ya están determinadas la altura y la estructura corporal, aunque no podemos conocerlas todavía con los métodos actuales de estudio.

Cuándo debes preocuparte

Consulta con tu médico si tu hijo no come y además observas estos síntomas:

— Está decaído, su actividad física ha disminuido claramente o está triste.

— Pierde peso o el peso permanece igual durante varios meses.

— Padece vómitos, diarrea o las deposiciones son

permanentemente más abundantes, pastosas y al tirarlas al agua flotan (puede ser síntoma de mala absorción de los alimentos).

— Tiene febrícula (de 37,5 a 38 ºC) frecuentemente.

— Estás muy preocupada por su falta de apetito.

Qué hacer si tu hijo es inapetente

Si tu niño no tiene ninguno de los síntomas arriba apuntados, respeta y acepta su apetito. Unas veces será bueno, otras regular y otras malo. Esto es normal.

Acepta que se salte alguna toma, el reposo y descanso intestinal en una o dos tomas no es anormal, puede ser incluso saludable.

Si bebe mucha leche, más de medio litro diario, este líquido está sustituyendo al resto de los alimentos. Disminuye el aporte de leche, sustitúyeselo por sus derivados (yogur, queso fresco, etc.) y ofrécele otros alimentos.

Respeta los alimentos que tu hijo rechaza. Igual que los adultos, los niños tienen sus alimentos preferidos, otros que no los acaban de convencer y alguno incluso que odian. No intentes amargarle preparándole comida que siempre rechaza. Recuerda que ningún alimento es imprescindible.

Si no quiere triturar ni masticar, ofrécele alimentos blandos, triturados. Cuando sea mayor, no cuando sus padres quieran, el niño masticará. Mientras, solamente lo hará con sus golosinas o con sus alimentos preferidos. No le des alimentos, pequeñas comidas o postres entre tomas.

No le des chucherías antes ni después de las comidas ni entre ellas. Esto, además de quitarle el apetito, no es saludable.

Nunca premies su inapetencia invitándole a comer comida rápida en hamburgueserías o pizzerías; nunca puede sustituir a una alimentación sana y además se acostumbrará a ello.

En las épocas de inapetencia ponle poca comida. Felicítale cuando finalice con toda. No le ofrezcas más comida, espera a que el niño te la pida.

No regañes ni culpabilices a tu hijo por no comer. Él no es responsable, es su centro del apetito en el cerebro que le está ordenando no comer. Nunca le amenaces con no quererle si no finaliza la ración. Esto, además de falso, es pernicioso, porque tu hijo se culpabilizará inútilmente.

5. Diarrea aguda. Realiza el tratamiento

La diarrea es muy común en los niños, especialmente durante el verano, aunque puede aparecer en cualquier época del año.

La diarrea es el aumento en el número de deposiciones con descenso de su consistencia. Las heces pasan a ser más blandas, líquidas o casi líquidas. En ocasiones, el color y el olor de las deposiciones cambian, pueden ser más pálidas, con o sin sangre y mucosidad, de olor ácido o fétido. Aunque la mayoría de las diarreas son benignas, leves y pueden tratarse en casa, cuando son abundantes se puede producir deshidratación, especialmente si además aparecen vómitos.

Los lactantes pequeños, alimentados con pecho exclusivamente, pueden tener deposiciones líquidas o casi líquidas varias veces al día, incluso una después de cada toma. Esto no debe preocuparte, es normal, no es diarrea.

Cuáles son las causas de la diarrea en los niños

La causa más frecuente es la gastroenteritis aguda. Consiste en la infección de las paredes de los intestinos, generalmente por virus, aunque también puede ser por bacterias y más raramente por parásitos. El virus más frecuente en nuestro medio es el rotavirus, que afecta sobre todo a niños entre seis meses y cuatro años. También son frecuentes los enterovirus, que producen diarreas más leves que los rotavirus. Otras causas menos frecuentes son la intolerancia a los alimentos, bien por alergia a la leche de vaca o por incapacidad para digerir la lactosa, que es el azúcar de la leche. Esta diarrea sólo aparece en los lactantes alimentados con fórmulas en cuya composición aparece la leche de vaca, no en los alimentados con pecho. Los niños más mayores tienen a veces diarrea después de

comer alimentos en mal estado o por haberlos tomado en cantidades excesivas para ser digeridos adecuadamente, aunque se trate de alimentos en buenas condiciones, por ejemplo, zumo de kiwi o zumo de frutas en mal estado. La toma de algunos antibióticos por vía oral puede también producir diarrea.

Cómo se contagia la diarrea

Sólo se contagia la diarrea producida por microbios, virus, bacterias o parásitos. La forma de contagio es la misma en todos los casos. El microbio entra por la boca del niño a través del agua o de los alimentos contaminados o por medio de sus manos. Puede deberse a un biberón de leche conservado sin refrigeración y recalentado, a la fruta, a la ensalada o verdura cruda no limpia, o insuficientemente lavada y desinfectada, al consumo de agua o de otros alimentos contaminados. También puede contagiarse por el contacto con otras personas. El microbio invasor se multiplica miles de veces en el intestino, lo que produce inflamación de la pared intestinal; ésta segrega líquidos, a veces mucosidad y sangre que se expulsan por el recto con las heces o, sin ellas, en forma de moco y agua.

Cómo se manifiesta la gastroenteritis

El síntoma principal es la diarrea. Uno o dos días antes pueden aparecer vómitos, fiebre, dolor abdominal, rechazo de la alimentación y decaimiento. Después comienza la diarrea que, cuando es voluminosa y frecuente, puede conducir a la deshidratación.

La deshidratación es la complicación más grave de la diarrea. Consiste en la pérdida excesiva de agua y sales del organismo a través no sólo de las heces, sino también de los vómitos y de la fiebre. Los niños con gastroenteritis suelen estar inapetentes, no comen ni beben o lo hacen escasamente. La deshidratación se manifiesta por sed, ojos hundidos, llanto con pocas lágrimas y escasa saliva. Cuando la deshidratación es intensa, aparece un gran decaimiento, con tendencia al sueño y disminución del nivel de conciencia. En el siguiente capítulo, «Deshidratación y rehidratación», hallarás abundante información sobre este tema.

Las deposiciones pueden ser líquidas, semilíquidas, de color claro,

verdoso o amarillo; pueden ser desde muy voluminosas, explosivas y ruidosas por su alto contenido en gas hasta deposiciones pequeñas con contenido mucoso. Cuando la diarrea se acompaña de sangre con o sin moco, posiblemente se deba a una infección bacteriana por *Salmonella*, *Shigella* o *Escherichia coli*. Algunas diarreas producidas por virus se acompañan de síntomas respiratorios.

El dolor abdominal suele ser del tipo cólico, no continuo, que aparece y desaparece rápidamente. Los lactantes pequeños manifiestan el dolor en forma de crisis de llanto intermitente.

La evolución de la gastroenteritis suele ser benigna, especialmente la más frecuente, la producida por virus. En estos casos, la diarrea, la fiebre y el resto de los síntomas duran pocos días, generalmente entre uno y cinco.

Cómo se trata la gastroenteritis aguda

El tratamiento se basa en la administración de líquidos con sales para evitar la deshidratación. Estos líquidos se administran en pequeñas dosis, frecuentemente de diez mililitros (una cuchara sopera) cada cinco o diez minutos. Existen comercializadas sales de rehidratación oral hiposódicas (bajas en sal) especiales para los niños, preparadas en forma de bolsas, con polvos que se mezclan con agua, o bien de líquidos ya preparados, listos para su uso. El líquido de rehidratación puede elaborarse en casa con un litro de agua mineral o hervida al que se le añade el zumo de dos limones, la punta de un cuchillo de sal, la punta de un cuchillo de bicarbonato sódico y dos cucharadas de azúcar. No es recomendable sustituir las soluciones de rehidratación oral por bebidas de cola, refrescos o soluciones para deportistas, porque todas contienen una relación de agua-azúcar-sales inadecuada para la rehidratación del niño, especialmente del lactante.

Si tu hijo es pequeño, menor de seis meses, y le estás amamantando, no dejes de hacerlo, continúa dándole el pecho, pero más frecuentemente, incluso cada dos horas. Si recibe lactancia artificial es normal que tome menos biberón, no lo fuerces, pero no le dejes en ayunas, continúa alimentándole aunque siga con diarrea. No diluyas con más agua los polvos del biberón como se hacía en el pasado, prepáralo como siempre, con la concentración normal.

Si tiene más edad evita los alimentos con fibras y residuos: éstos producen deposiciones sueltas. No debes por tanto administrarle frutas, verduras ni legumbres, ofrécele alimentos ricos en almidón,

que se digieren más fácilmente, por ejemplo, arroz, puré de patatas, fideos, pastas, pan y galletas. Evita los alimentos fritos o muy condimentados, puede tomar leche, yogur, pastas, arroz, trigo, patata, pescado y carne. Si tiene fiebre, déjale con poca ropa, y puedes administrarle ibuprofeno o paracetamol.

En la actualidad existe una vacuna que es eficaz para prevenir la principal causa de la gastroenteritis en los niños, la infección por rotavirus. Es una vacuna compuesta por virus vivos atenuados que se administra por la boca, en dos o tres dosis, a partir de las seis u ocho semanas de edad.

Qué cosas no debes hacer nunca

En los casos de diarrea existe una serie de prácticas que debes evitar:

— Dejar en reposo el intestino. En el pasado se creía que era bueno un período de ayuno de alimentos, creencia que actualmente está desechada porque puede producir complicaciones.

— Alimentar sólo con agua, sin sales. Debe beberse agua mezclada con sales, pero en las proporciones correctas. Tan perjudicial es el agua sola como con exceso de sales.

— Administrar medicamentos que frenen el movimiento intestinal (antidiarreicos). Actualmente apenas se utilizan porque ocultan el síntoma principal, la diarrea. Sólo deben tomarse si el médico lo aconseja.

— Administrar medicamentos para los vómitos. En algunos niños, éstos pueden ser muy tóxicos.

— No lavarte las manos antes de preparar y administrar el alimento.

— No lavarte las manos después de cambiar el pañal o limpiar las heces. Tu hijo debe lavarse las manos, si tiene edad para ello, antes de comer y después de ir al baño.

Cuándo debe preocuparte la diarrea

Debes consultar a tu médico en las circunstancias siguientes:

— Si las heces tienen sangre.

— Si la diarrea es continua, muy frecuente y muy voluminosa.

— Si el vómito tiene sangre.

— Si el niño no toma líquidos de rehidratación oral o si no los tolera o vomita los que le administras durante tres o cuatro horas.

— Si tu hijo no orina durante varias horas.

— Si tu hijo está muy decaído, postrado, durmiendo excesivamente o con pocas respuestas a tus estímulos.

— Cuando algún síntoma te preocupe o tengas alguna duda que preguntar.

6. Deshidratación y rehidratación

Algunos padres temen que cuando sus hijos tienen vómitos, diarrea o no beben líquidos se deshidraten, temor que lógicamente los inquieta, porque se funda en la creencia, cierta, de que la deshidratación puede tener graves consecuencias para el organismo. En este capítulo aprenderás las causas y las consecuencias de la deshidratación, la forma de prevenirla, de reconocerla y de tratarla en tu domicilio.

Qué es la deshidratación

Es la disminución de la cantidad de agua del cuerpo, en cuantía tan importante que impide que el organismo pueda funcionar adecuadamente. El cuerpo está formado por agua y por diferentes tejidos, hueso, músculo, piel, cerebro y otros, pero es el agua el componente fundamental de todos ellos. Representa el 80 por ciento del peso de un niño recién nacido, proporción que va disminuyendo con la edad hasta ser el 70 por ciento en los niños mayores. Por tanto, en un niño que pesa diez kilos, siete de ellos son sólo agua. El agua es fundamental para que los complicados procesos de la vida se realicen adecuadamente, los miles de millones de células que tiene el cuerpo humano no pueden funcionar si el agua falta o escasea. En la deshidratación, además de agua, se pierden sales minerales, algunas veces en la misma proporción, pero en otras se pierde más agua que sales o viceversa, esto depende de la causa que haya conducido a la deshidratación.

Cómo se regula el agua del cuerpo

El organismo de los niños, también el de los adultos, dispone de un sistema muy preciso que controla y regula la cantidad de agua del cuerpo para que nunca falte ni sobre. Cuando falta agua, se estimula, por una parte, el mecanismo de la sed que obliga a beber y, por otra, el riñón ahorra agua, se produce menos orina y está más concentrada, de este modo disminuye la pérdida de líquidos. Éstos son los dos principales mecanismos para evitar la deshidratación, aumentar los aportes y disminuir las pérdidas de agua. Sucede lo contrario cuando

el cuerpo tiene demasiada agua, desaparece el deseo de beber, a la vez que el riñón fabrica mucho volumen de orina y poco concentrada, eliminándose así orina abundante y clara. Estos mecanismos mantienen la cantidad de agua del cuerpo fija, constante, para que no tenga ni de más ni de menos; también controlan la composición de las sales, que tiene que ser constante, para que todos los mecanismos que precisan las células para la vida funcionen adecuadamente. La cantidad diaria de agua y de sales que recibe cada persona es aproximadamente la misma que elimina, cuando ésta es mayor que la que recibe, aparece deshidratación; cuando es al revés, entra más agua de la que sale, se produce una situación de hinchazón de todo el cuerpo, llamada técnicamente *edema*.

El agua entra en el cuerpo a través de los alimentos y de la bebida. Como durante el primer semestre de vida los bebés sólo toman alimentos líquidos, pecho o biberón, todos los aportes de agua se realizan con la alimentación. Durante este semestre y al menos en el siguiente, el mecanismo que provoca la sed es poco seguro porque, aunque existe y funciona, los niños ni saben manifestar que tienen sed ni pueden desplazarse para beber, por falta de autonomía debido a su escasa edad. Esto explica que la deshidratación sea mucho más frecuente y más grave en los primeros meses de vida. A esta edad, la sed se manifiesta en forma de llanto e irritabilidad. En condiciones normales, el agua y las sales se expulsan del cuerpo por la orina, las deposiciones y el sudor. Existen dos sudores, uno continuo, pero invisible, porque inmediatamente se evapora, y otro sudor que moja, líquido o en forma de gotas que se produce con el ejercicio, la fiebre o cuando la temperatura ambiental es elevada. En situaciones de enfermedad, las pérdidas de agua pueden ser muy elevadas por vómitos, heces líquidas, sudor o pérdidas excesivas de orina, lo que ocurre en algunas enfermedades, como en la diabetes descompensada y en otras.

Cómo saber si tu hijo está deshidratado

Cuando tu hijo es pequeño, debes estar alerta si disminuye el volumen de líquidos que toma, agua o alimentos. También cuando las pérdidas de líquidos son excesivas a través del sudor, la fiebre, vómitos o diarrea. Los niños enfermos se pueden deshidratar también porque, aunque necesitan agua, no quieren beber a causa de dolor de estómago, garganta, oídos, o porque se sienten mal.

Sabrás que tu hijo tiene riesgo de deshidratación, independientemente de su edad, si presenta abundantes y frecuentes

vómitos o diarrea, especialmente cuando tiene fiebre elevada o se niega a tomar líquidos o a comer. También cuando orina mucha cantidad, realiza ejercicio físico intenso o está en un ambiente muy caluroso durante varias horas y no recibe líquidos.

La deshidratación leve y moderada produce pocos síntomas, sólo avidez por el agua, lengua seca o pegajosa y disminución de la cantidad de orina —la micción se produce menos veces, con menos volumen o los pañales están menos mojados—. Cuando la deshidratación aumenta y se hace más intensa, los ojos aparecen hundidos, la fontanela de la cabeza, cuando no está cerrada, también se hunde, la lengua permanece más seca, sin saliva, la orina disminuye o desaparece, el llanto puede ser sin lágrimas y el niño está decaído, poco despierto, aunque a veces está muy irritable y llora intensamente porque tiene sed. Los niños gravemente deshidratados tienen la piel seca como la de un viejo, de forma que cuando se coge un pellizco de su piel, como sucede con las personas mayores, tarda mucho en volver a su estado original, permaneciendo el pliegue visible más tiempo del normal. Estos niños tienen escasa respuesta a los estímulos externos, no parece interesarles nada.

Cómo ayudar a tu hijo

Puedes ayudarle detectando, por una parte, las situaciones de riesgo y, por otra, haciendo que tome líquidos. Si es todavía un bebé y recibe pecho, ofréceselo con más frecuencia, y si recibe biberón de lactancia artificial ofrécele además pequeños volúmenes de una solución que contenga agua y sales. Ésta puedes adquirirla en la farmacia o elaborarla tú, con un litro de agua hervida o mineral, el zumo de dos limones, la punta de un cuchillo de sal, la punta de un cuchillo de bicarbonato y dos cucharadas de azúcar. Esta solución, llamada *limonada alcalina*, o la ya elaborada que puedes adquirir en la farmacia con el nombre de *solución de rehidratación oral hiposódica* son útiles cuando la deshidratación es leve o moderada, especialmente cuando está causada por fiebre, vómitos o diarrea.

Si tu hijo vomita estas soluciones, ten paciencia, ofrécele cada cinco minutos una cucharada sopera ya que, aunque vomite, algo se queda en el estómago y generalmente unas horas más tarde deja de vomitar. Si se niega a tragar y no es bebé, puedes comenzar dándole polos de helado casero hechos con limonada alcalina o con solución de rehidratación oral. Después, ofrécele alimentos más sólidos, los que antes tomaba, sin forzarle. Cuando la causa de la deshidratación es por diarrea, tu comportamiento debe ser el mismo que con los

vómitos, excepto que la alimentación no debe contener fibras, por eso no le des frutas ni verduras. Puedes consultar con más detalle sobre la diarrea en el capítulo anterior. Además, debes consultar a tu médico, a veces es necesario tratar la causa que produce la deshidratación.

Cuándo consultar de urgencia

En algunas ocasiones tienes que consultar a tu médico o acudir a un centro sanitario, con urgencia, sin demora, porque la deshidratación es severa o puede conducir a complicaciones graves. Estas situaciones que te obligan a una consulta médica inmediata son:

— El nivel de conciencia está disminuido, tu niño parece ausente, no responde a los estímulos o a las órdenes que le das, no parece reconocerte o no le interesan las cosas que le rodean.

— Respira más rápidamente de lo normal o respira con dificultad.

— Su aliento huele a dulzón o a manzana y orina mucho.

— El niño está mareado, no puede permanecer sentado ni de pie, sólo quiere estar tumbado.

— La boca está muy seca, los ojos muy hundidos, llora sin lágrimas.

— Tiene vómitos desde hace más de diez horas y los vómitos no disminuyen; al contrario, tienden a aumentar.

— No quiere beber nada, lleva varias horas sin tomar líquidos (más de seis horas en un bebé o más de doce horas en un niño mayor).

— No orina en las últimas horas, más de seis horas si es bebé, más de diez si es mayor.

— Orina muchas veces y mucha cantidad, la orina huele rara, tiene un olor dulzón o a manzana; esto sucede en la diabetes descompensada.

— Tiene vómitos frecuentes, diarrea líquida intensa y fiebre elevada desde hace unas horas.

— Tu hijo está muy decaído, parece muy enfermo.

En algunas o en todas estas situaciones, tu hijo quizá tenga que ser hospitalizado para rehidratarle a través de la vena con suero, que contiene agua y sales. No te preocupes; si has detectado pronto el problema y consultado a tiempo, en un día estará ya totalmente rehidratado y quizá nuevamente en casa.

7. Infecciones de la garganta. Amigdalitis y faringitis

Las infecciones de la garganta son tan frecuentes que representan una de las principales causas de consulta pediátrica. La amigdalitis es la infección de las amígdalas, llamadas popularmente *anginas*, dos masas carnosas situadas en los laterales de la úvula o campanilla. La faringitis es la infección de las paredes de la faringe, un tubo muscular que comienza en la parte posterior de la nariz y llega hasta el esófago y la laringe. En realidad, ambas infecciones van siempre juntas, por lo que en la práctica médica se conoce esta infección de garganta como faringoamigdalitis. Aunque la mayoría de los niños con esta enfermedad reciben antibióticos, solamente algunos deberían ser tratados así. En estos últimos casos, los antibióticos no sólo alivian los síntomas, también previenen complicaciones, algunas de ellas graves y duraderas, como la fiebre reumática o la inflamación renal, llamada nefritis.

Qué son las amígdalas y para qué sirven

Las amígdalas palatinas, llamadas así porque están pegadas al paladar, son las que al abrir mucho la boca pueden verse fácilmente al final de la lengua, en los laterales del mismo plano de la úvula o campanilla. A veces son muy grandes, pueden casi contactar una con la otra (figura 10), provocando dificultad al paso del aire hacia los pulmones y también de los alimentos hacia el estómago. Las amígdalas son unas masas de color carne constituidas por el mismo tejido que las vegetaciones o adenoides. Ambas estructuras, las amígdalas palatinas y las amígdalas adenoides o vegetaciones, son unos tejidos muy útiles para defenderse contra las infecciones, porque son capaces de formar anticuerpos contra cada uno de los microbios que infectan o intentan infectar. Los anticuerpos son una especie de escudos antimisiles: antes de que el microbio actúe, es desactivado por los anticuerpos; además, el tejido amigdalar produce linfocitos, un tipo de glóbulos blancos que son vertidos a la sangre, actuando como soldados especializados en la lucha contra el microbio invasor. La garganta está por tanto rodeada de una muralla defensiva, un anillo llamado *linfoide*, constituido por las amígdalas, las adenoides y por el tejido de la faringe. Por ello, en la actualidad, se tiende a preservar, no a extirpar, este sistema tan útil

para las defensas contra las infecciones. En el siguiente capítulo puedes leer más sobre las funciones y utilidad de las adenoides o vegetaciones.

Por qué se produce la faringoamigdalitis

La infección se produce por contagio con un enfermo o con un portador de estos gérmenes, generalmente a través de la tos, el estornudo, el contacto con la saliva o por medio de juguetes, utensilios o cucharas infectados. La mayoría de los microbios que infectan las amígdalas y la faringe son virus de diverso nombre. Algunas veces es una bacteria llamada *estreptococo beta-hemolítico del grupo A* o estreptococo piógenes, el mismo germen que también origina la escarlatina, la fiebre reumática y la nefritis. El frío facilita la faringoamigdalitis, porque con el frío aumenta el hacinamiento de las personas, facilitándose así el contagio. Por ello es más frecuente en invierno y primavera.

Mientras la mayoría de estas infecciones en el niño menor de dos años son víricas y por tanto no precisan antibióticos, las de los mayores de tres años pueden ya ser bacterianas, estreptocócicas y necesitar antibióticos.

Cómo detectar esta enfermedad

Los tres síntomas principales de la faringoamigdalitis aguda son fiebre, dolor de garganta y aumento de las adenopatías o ganglios en el cuello. El dolor de garganta es intenso y aumenta al tragar, pero si tu hijo es pequeño, en la etapa preverbal, es incapaz de decir que le duele la garganta, en cuyo caso dejará de comer y beber, o lo hará con dificultad, comerá poco y con gestos de dolor en la cara. También babeará más de lo habitual, datos que tienes que interpretar como dolor de garganta, ya que no traga porque le duele.

La fiebre suele ser alta sobre todo cuando el origen es bacteriano, producido por estreptococos. Los ganglios del cuello, llamados *adenopatías cervicales*, aumentan mucho de tamaño, sobre todo los que están debajo y cerca de la mandíbula, los más próximos a las amígdalas; esta inflamación de los ganglios produce en ocasiones dolor al mover lateralmente el cuello, también puede verse una hinchazón, sobre todo al lateralizar el cuello. Además, el niño puede tener dolor abdominal, estar decaído, postrado y sin ganas de jugar; estos síntomas mejoran cuando desaparece la fiebre al administrarle antitérmicos.

El diagnóstico, lógicamente, lo realizará el médico después de explorar a tu hijo y quizá tras hacerle un análisis de las secreciones de la garganta. Lo más importante es decidir si tu hijo necesita o no antibióticos, decisión que corresponde al facultativo.

Estos consejos te pueden ser de utilidad:

— Intenta ver el tamaño y el color de las amígdalas. Es muy fácil en la mayoría de los niños mayores de tres años, que son los que más riesgo tienen de padecer amigdalitis bacteriana, que es la que necesita antibiótico. Indica a tu hijo que abra la boca lo más que pueda, bajo una potente luz. Las amigdalitis estreptocócicas, las malas, suelen tener exudado blanco o grisáceo, son grandes y muy rojas (figura 11); el paladar posterior y la úvula pueden tener un punteado rojo (figura 12) y frecuentemente su aliento es muy fétido. En este caso, tu hijo seguramente precisa ser tratado con antibióticos durante diez días; consulta a tu médico.

Si tu hijo tiene menos de dos años y además tiene tos, mocos, afonía o ronquera, secreción en los ojos y lagrimeo o diarrea, probablemente la infección está producida por alguno de los múltiples virus y no precisará antibióticos.

Cómo se realizan el diagnóstico y el tratamiento

El diagnóstico definitivo lo puede realizar el médico sólo interpretando los síntomas que tiene tu hijo y con la exploración que él hace. En ocasiones practicará un análisis que realizará en la consulta, tomando una muestra del exudado de la garganta para conocer si tiene la bacteria llamada *estreptococo del grupo A*; el resultado se conoce en pocos minutos.

La sospecha o la comprobación de la presencia de este estreptococo precisa tratamiento durante diez días con penicilina oral o amoxicilina. Tu médico te indicará la dosis y el intervalo entre dosis. Aunque tu hijo mejorará y se curará en dos o tres días, es muy importante finalizar los diez de tratamiento, única forma de evitar algunas complicaciones que pueden ser graves y crónicas.

Los niños que se niegan a tomar estos antibióticos por vía oral pueden recibir una sola dosis de penicilina benzatina por vía intramuscular. Esta inyección, aunque única, es muy dolorosa, por eso en la actualidad prácticamente no se utiliza.

Un error muy frecuente es confundir las amígdalas grandes o voluminosas con las infectadas; todos los tamaños, grandes, medianas o pequeñas, pueden infectarse, en cuyo caso necesitan tratamiento. Sin embargo, las amígdalas grandes, llamadas técnicamente

hipertróficas (figura 10), no precisan tratamiento, excepto que obstruyan el paso del aire por la boca produciendo ronquidos y pausas de apnea durante el sueño (ver capítulo «“Ronquidos. ¿Debo preocuparme?” Apnea durante el sueño»).

Cuándo se debe acudir a urgencias

Debes acudir a urgencias si tu hijo ha sido diagnosticado de una amigdalitis aguda o sospechas esta enfermedad y aparecen los síntomas que te detallamos:

— Dificultad al respirar o imposibilidad para tragar y beber líquidos.

— Dificultad al respirar y ruido al coger aire.

— Rigidez de nuca o dolor intenso al mover el cuello.

— Adenopatía o tumoración en el cuello, grande y dolorosa.

— Decaimiento intenso con poca fiebre o en su ausencia, porque con fiebre elevada es normal que esté decaído. Tu hijo no juega, no come, no le interesa lo que le rodea, está apagado.

— Si dos o tres semanas después la orina es de color oscuro, como agua de lavar carne o como coñac.

8. Adenoides o vegetaciones. «¿Debe mi hijo operarse?»

Aunque en el pasado era frecuente que a los niños se les extirparan las adenoides o vegetaciones, en la actualidad es bastante inusual, ya que las indicaciones actuales para esta cirugía son muy escasas.

Qué son las adenoides y para qué sirven

Las adenoides, llamadas también *vegetaciones adenoideas*, son un tejido blando, similar a las amígdalas de la garganta. A diferencia de éstas, no se ven al abrir la boca, porque están situadas en la parte posterior de las fosas nasales, en un lugar poco visible al ojo humano. Las vegetaciones son muy importantes para el sistema defensivo de tu hijo en su lucha contra las infecciones, especialmente en los primeros seis años de vida, por eso casi nunca deben ser extirpadas.

Las vegetaciones adenoideas y las amígdalas de la garganta, llamadas también *palatinas*, forman un cinturón contra las infecciones, una especie de muralla que impide que los microbios que llegan a la nariz o a la garganta con el aire o con los alimentos les hagan daño. En los primeros años de vida, los niños están muy expuestos a las infecciones, padecen catarros, otitis, laringitis y otras infecciones de las vías respiratorias, porque su sistema inmunológico está poco entrenado y poco especializado para luchar y vencer a un microbio, virus o bacteria en particular. En consecuencia en estos primeros años de la vida esta barrera protectora tiene que aumentar de tamaño, hacerse más eficaz, tratando de evitar la invasión microbiana, ya que las vegetaciones y las amígdalas tienen la capacidad de producir sustancias locales que dificultan la infección. Es el primer sistema de defensa contra la infección.

Las vegetaciones de los niños menores de cinco o seis años suelen ser grandes, crecen tanto porque están haciendo su trabajo. En los

siguientes años su crecimiento se detiene y más tarde pueden retroceder, haciéndose más pequeñas, porque otros métodos de defensa se han entrenado lo suficiente para ser mucho más eficaces, siendo por ello las vegetaciones menos importantes. Casi ningún adolescente o adulto tiene las vegetaciones tan grandes como para necesitar ser extirpadas.

Qué sucede cuando las vegetaciones son grandes

Cuando las vegetaciones son excesivamente grandes, obstruyen total o parcialmente el paso del aire, dificultando en mayor o menor medida las funciones de la nariz, que son básicamente tres: humidificar, calentar y limpiar el aire. Además, cuando las vegetaciones se infectan, proceso que se denomina *adenoiditis*, su inflamación puede obstruir el conducto de aireación o de ventilación de los oídos (la trompa de Eustaquio). También permite la entrada en el oído del moco infectado, acumulado alrededor de las adenoides, facilitándose así la infección del oído medio, llamada *otitis media*.

Al respirar por la boca y no por la nariz, estos niños tienen una voz especial, llamada voz nasal. Respiran con la boca abierta, sobre todo cuando están dormidos (figuras 13 y 14), y roncan más, especialmente durante los procesos catarrales, porque en esos momentos las vegetaciones son más voluminosas, obstruyendo el paso del aire por la nariz con mayor intensidad.

La respiración es bucal, no nasal, sobre todo durante la noche, resecándose la garganta. Por ello, al levantarse o en las primeras horas de la mañana aparece dolor o molestias en la garganta, que desaparecen más tarde, cuando los niños desayunan o beben líquidos.

Sólo cuando las vegetaciones permanecen muy grandes durante largos períodos de tiempo, varios años, la boca y la cara pueden sufrir los siguientes cambios:

— El paladar superior se alarga, dando lugar a lo que técnicamente se denomina *paladar ojival*.

— El maxilar inferior, la mandíbula, puede desarrollarse menos.

— Los dientes incisivos superiores son más prominentes, más adelantados, contactando mal con los inferiores, que están más atrás. Tienen mala implantación dental.

— Puede existir moqueo nasal frecuente y obstrucción nasal persistente.

Cuándo consultar para extirpar las vegetaciones

Las vegetaciones deben extirparse quirúrgicamente sólo cuando producen más daño que beneficios. Con las vegetaciones y con las amígdalas sucede lo mismo que con el apéndice, que sólo se extirpa cuando existe apendicitis, es decir, cuando hace daño. Ni las vegetaciones ni las amígdalas grandes, por sí solas, deben ser extirpadas, tampoco las manos u otras partes del cuerpo se extirpan o se reducen sólo por su tamaño.

En la actualidad existen muy pocas indicaciones para extirpar las vegetaciones, debes consultar a tu pediatra en los siguientes casos:

— Tu hijo ronca y tiene pausas de apnea mientras duerme —episodios de muy corta duración en los que no respira—. En el capítulo «"Ronquidos, ¿debo preocuparme?" Apnea durante el sueño», puedes ampliar la información.

— Su cara se está deformando, el maxilar superior parece desplazarse hacia delante y el inferior hacia atrás, haciendo que las encías y los dientes incisivos superiores e inferiores no contacten al cerrar la boca, separándose cada vez más.

— Está continuamente acatarrado y con la boca permanentemente abierta.

— Tiene otitis de repetición.

La indicación del tratamiento quirúrgico debe ser indicada por ambos especialistas, el pediatra y el otorrinolaringólogo, no sólo por este último. La extirpación quirúrgica debe considerarse después de los cuatro años, no antes, ya que con mucha frecuencia las vegetaciones encogen y desaparecen después de los cuatro o seis años. La cirugía se realiza con anestesia general, no local como se realizaba en el pasado.

Cuándo consultar de urgencia

Debes consultar de urgencia, sin demora, si tu hijo:

— Padece apneas intensas mientras duerme.

— Sus labios se ponen morados o nada más dormirse comienza con apneas.

— Hace mucho esfuerzo al dormirse para que le entre el aire en los pulmones.

9. Dolor de oídos. Otitis y mastoiditis

El dolor de oídos es uno de los dolores más profundos, desagradables y frecuentes que tienen los niños. Su aparición se manifiesta por un llanto intenso e inconsolable, cuando el dolor es agudo, o por una desagradable sensación de incomodidad cuando es más leve. La mayoría de los niños tienen en más de una ocasión dolor de oídos; en esos momentos, vosotros, padres, sentís un dolor diferente cuando presenciáis que vuestro hijo llora desesperadamente tocándose su oído. Aunque la mayoría de los dolores de oídos corresponden a otitis, algunas veces el dolor es debido a una estructura cercana, como la amígdala del mismo lado, la articulación de la mandíbula con el cráneo, llamada témporo-maxilar, o la muela del juicio.

En este capítulo aprenderéis a conocer los dos tipos de otitis, la media y la externa, a saber cómo se manifiestan y cómo actuar hasta que el médico pueda realizar el tratamiento definitivo. También aprenderás a sospechar una complicación que puede ser grave llamada *mastoiditis*.

Qué es la otitis

Es la inflamación del oído producida por infección de virus o bacterias. El dolor de oídos es el síntoma principal. Existen dos tipos de otitis, la otitis media y la externa. La otitis externa es la infección del conducto auditivo externo, que es el que comunica la oreja, llamada también *pabellón auricular*, con el tímpano. La otitis media es la infección de la caja del oído, que es la que está detrás del tímpano. La frecuencia, las causas, los síntomas y las consecuencias son distintos en ambos tipos de otitis.

Cómo es el oído

El oído tiene tres partes: externo, medio e interno. El oído externo consta de un conducto que capta y conduce el sonido hasta el oído medio. Éste, que es una pequeña cavidad, comienza en el tímpano, que es una membrana muy fina que vibra con el sonido, transmitiendo este movimiento a tres huesecillos —martillo, yunque y estribo—, que conducen el sonido desde el tímpano al oído interno. El oído interno transforma este movimiento o vibración en señales eléctricas que son conducidas a través de un nervio al cerebro. Para que la membrana del tímpano pueda vibrar con el sonido es preciso que la presión a ambos lados, en la cara del oído externo y en la del oído medio, sea la misma. Esto es posible gracias a un conducto de aireación llamado *trompa de Eustaquio*, que comunica el oído medio con la parte posterior de la nariz, conducto que permite airear continuamente el oído medio.

El oído está alojado en un hueso poroso llamado mastoides que es el que se toca detrás de la oreja.

La otitis media aguda

Cómo se produce

En contra de lo que muchas personas creen, la infección no entra por el oído externo, sino por la garganta. Por ello, el uso de gorros calienta las orejas, pero no previene las otitis. Es una de las enfermedades más frecuentes en los niños pequeños, aparece sobre todo en los meses fríos del año, muchas veces de manera reiterada, porque las infecciones respiratorias y los catarros se repiten en el invierno, especialmente en los niños que asisten a guardería. El moco de los catarros y los microbios que los producen penetran hasta el oído medio a través del conducto de aireación, que se comunica con la parte posterior de la nariz. La caja del tímpano se llena de moco y de pus, y se obstruye. La otitis puede afectar a un oído o a los dos.

¿Cómo se manifiesta la otitis media?

El dolor es el síntoma principal. Como los niños pequeños no saben decir «Me duele», lloran intensamente y en ocasiones se tocan el oído

enfermo. El dolor suele aparecer y ser más intenso durante la noche, aumenta al tragar o masticar, por lo que los niños dejan de comer.

Los niños pequeños tienen fiebre, pero los mayores de cuatro o cinco años pueden tener otitis media sin fiebre, sólo con dolor. Los niños mayores manifiestan tener ruidos o zumbidos.

También tienen sordera transitoria. Como el oído medio está lleno de moco o pus, ni el tímpano vibra con los sonidos ni la transmisión de los ruidos se realiza adecuadamente a través de los huesecillos, porque sus movimientos están amortiguados por el contenido de moco o pus del oído medio. En estos casos, los niños no responden a las órdenes porque no oyen bien, y suelen insistir muchas veces preguntando «¿Qué?». Los niños mayores ponen sencillamente la televisión más alta. Esta sordera puede durar hasta varias semanas. En el capítulo siguiente, «Sordera. "¿Oye bien mi hijo?"», puedes leer más sobre este síntoma.

A veces existe supuración en el oído, que consiste en la aparición de moco o pus, en ocasiones con sangre, en el conducto externo, de forma que mancha la almohada o gotea por la oreja. La supuración del oído generalmente coincide con la desaparición o al menos la disminución del llanto por dolor. Se produce porque la excesiva presión del moco o del pus en el oído medio rompe el tímpano, y de este modo se drena la infección. Esta rotura de la membrana del tímpano cicatriza sola, generalmente en pocos días, aunque en algunas ocasiones las supuraciones pueden prolongarse durante semanas.

Cómo se diagnostica la otitis media

El médico la diagnosticará atendiendo a los síntomas y mediante la visualización del oído y del tímpano con un sencillo aparato llamado *otoscopio*, que contiene una luz y una lupa.

Cuál es el tratamiento

Se basa en dos elementos, analgésicos y antibióticos.

— *Analgésicos.* Como el dolor es intenso, debes administrarle por vía oral el analgésico que habitualmente utilices, ibuprofeno o paracetamol. Cuando el dolor es muy intenso puedes darle dipirona magnésica, comercializada con los nombres de Metalgial® o de Nolotil®, administrándole una pequeña cantidad de la ampolla por la boca. Vuestro médico os indicará la dosis adecuada de estos analgésicos. Recuerda que estas dosis siempre se calculan en razón del peso, no de la edad. El calor local con paños calientes en el oído puede aliviar el dolor, nunca le administres gotas analgésicas en el oído.

— *Antibióticos.* Algunos niños, los más pequeños, suelen necesitar

antibióticos. Los mayores puede que no los necesiten. Tu médico decidirá si es necesario o no su uso, el tipo, la dosis y la duración del tratamiento. Nunca utilices gotas de antibióticos en el oído.

El dolor y la fiebre pueden persistir durante los primeros dos días de tratamiento.

¿Puede prevenirse la otitis media?

Sí, puede prevenirse:

— Evitando los catarros y las infecciones respiratorias. Los niños que asisten a guarderías, especialmente las masificadas —con más de diez o veinte alumnos por clase— tienen más riesgo de padecer otitis media.

— Respirar aire sin contaminantes también puede prevenir esta enfermedad. Los niños que respiran humo de tabaco están más expuestos a padecer otitis media. Evita que tu hijo sea un fumador pasivo.

— La lactancia materna es una garantía contra todas las infecciones, también la infección de oídos.

— Incorpora a tu hijo para darle el biberón. Tumbado puedes facilitar que la leche entre por el conducto de aireación.

¿Qué más necesitas saber sobre la otitis media?

La otitis media repetida puede originar pérdida de audición y, en consecuencia, dificultar el aprendizaje y retrasar el desarrollo del lenguaje. Por ello, después de la curación, se debe estar atento a los síntomas de sordera: mayor distracción, hablar más fuerte, poner la televisión a más volumen o contestar frecuentemente a las preguntas con un «¿qué?».

En uno de cada cuatro niños la otitis media puede persistir con líquido o moco en el oído medio durante semanas o meses. Algunos incluso precisan la colocación de tubos de drenaje timpánico. Tu pediatra te aconsejará.

Algunos niños tienen otitis de repetición. En ocasiones puede ser necesaria la administración de pequeñas dosis de antibióticos con un objetivo profiláctico durante meses.

Las vitaminas, los estimulantes del apetito, los estimulantes de las llamadas *defensas* o de la inmunidad no son efectivas. No los utilices.

Qué es la mastoiditis

Es la infección de la mastoides, el hueso donde se aloja el oído, que se inflama por contagio desde el cercano oído. Puede ser grave porque por dentro de este hueso están las meninges, unas membranas que recubren el cerebro, cuya infección produce meningitis o absceso cerebral.

Por eso debes aprender a reconocer la mastoiditis: se manifiesta por dolor detrás de la oreja, especialmente al apretar este hueso, enrojecimiento de esta zona y posteriormente despegamiento de la oreja, que también puede aparecer roja e hinchada.

La mastoiditis debe tratarse con antibióticos. Tu médico te indicará el tipo y la dosis. A veces el especialista en otorrinolaringología necesita drenar el pus del oído medio y del hueso mastoides.

Cuándo consultar de urgencia

Aunque la mayoría de las veces la otitis media aguda se cura con o sin tratamiento en unos días, en ocasiones puede complicarse porque se infectan los tejidos cercanos al oído. Debes consultar de urgencia sin demora si tu hijo tiene una otitis media aguda y aparece cualquiera de los siguientes síntomas:

— Disminución del nivel de conciencia. Tu hijo tiende a estar dormido, no parece interesarle lo que le rodea, se despierta con tus estímulos, pero vuelve nuevamente a dormirse, o cada vez te cuesta más despertarle.

— Tuerce uno o los dos ojos, o tuerce la boca al reírse o llorar.

— Tiene vómitos proyectivos con fuerza, el contenido del vómito alcanza uno o dos metros.

— Sospechas mastoiditis. La oreja del lugar de la otitis está despegada —esto es, se le ha puesto una «oreja de soplillo», como si estuviera implantada más perpendicular a la cabeza—, roja, caliente y le duele al tocarla o moverla.

La otitis externa

Qué es y cómo se produce

Es la infección del conducto auditivo externo, el que comunica la oreja

con el oído medio. Se diferencia de la otitis media aguda en los siguientes aspectos:

— La otitis externa es propia de los meses calurosos, mientras que la media es de los meses fríos. La otitis externa se produce sobre todo en los niños nadadores, más en los buceadores.

— La otitis externa es mucho más frecuente en los niños mayores, porque permanecen mucho tiempo en el agua de las piscinas, mientras que la media es característica de los lactantes y de los niños pequeños.

— La infección del conducto externo procede directamente del exterior, del agua, mientras que en la otitis media la infección entra a través de nariz-garganta y del conducto de ventilación del oído medio.

— Los microbios que producen la otitis externa son bacterias y hongos, mientras que en la otitis media son virus y bacterias.

Cómo se manifiesta la otitis externa

Debes estar atento a los siguientes síntomas:

— Dolor de oídos espontáneo, de un solo oído, que aumenta al tocar la oreja o masticar. El niño se queja al ponerse o quitarse la camiseta a través de la cabeza porque moviliza el pabellón auricular y al apoyar la cabeza sobre esa oreja. El dolor aumenta también al mover la mandíbula o al masticar.

— Picor en el conducto auditivo.

— En ocasiones, supuración de un oído y disminución del tamaño del conducto auditivo por inflamación de las paredes del conducto externo.

— No se suele acompañar de fiebre.

Cómo se diagnostica la otitis externa

Con la observación de estos síntomas y con la visualización del conducto auditivo externo mediante un sencillo aparato llamado *otoscopio*.

Cuál es el tratamiento

El tratamiento se realiza con antibióticos locales en forma de gotas. Tu médico te indicará el más apropiado.

Para el dolor debes dar al niño analgésicos orales, como ibuprofeno o paracetamol, en las dosis apropiadas a su peso. Además, debe evitarse el baño o el contacto del agua con el oído. Tampoco se limpiará el conducto auditivo externo con bastoncillos.

En el futuro deberás procurar que tu hijo no permanezca mucho tiempo mojándose los oídos, puede utilizar tapones de silicona o gorro; el exceso de tiempo en el agua del baño o en la piscina macera

la piel del conducto auditivo externo. También evitarás la limpieza frecuente del cerumen, porque con los bastoncillos de limpieza se traumatiza el conducto auditivo externo.

10. Sordera. «¿Oye bien mi hijo?»

Antes de nacer, los niños tienen ya desarrollados los mecanismos para oír. Por ello los padres y los médicos deben poder detectar desde muy pronto, en los primeros días o semanas de la vida, el déficit de audición, llamado técnicamente *hipoacusia*. Los niños pueden ser sordos por múltiples razones, desde nacer con hipoacusia hasta perder la audición posteriormente, generalmente debido a enfermedades del oído, como otitis de repetición, meningitis o traumatismos graves en el cráneo. En este capítulo aprenderás a detectar si tu hijo oye bien. Los niños que no oyen no aprenden a hablar y esto limita gravemente su futuro, su desarrollo emocional, social y profesional. La detección precoz de la sordera es fundamental para paliar estas limitaciones.

Cómo se realiza la audición

Para oír adecuadamente es necesaria la integridad no sólo del oído, sino también del nervio que lleva la información al cerebro y de la parte del cerebro encargada de interpretar estos sonidos y guardarlos. Las orejas sirven para orientar, recoger y ampliar las ondas del sonido, que se mueve por el conducto auditivo externo hasta el tímpano, que es el inicio del oído medio. El sonido mueve el tímpano, que es una membrana muy delgada, movimiento que hace vibrar los huesecillos situados en el oído medio, el martillo, el yunque y el estribo, encargados de ampliar la vibración del sonido y transferirla al oído interno. Desde aquí, a través de un nervio, el nervio auditivo, se conduce la señal a una parte del cerebro conocida como *lóbulo temporal*, que es la encargada de interpretarla.

Por tanto, para que la audición se produzca es imprescindible la integridad de todas estas estructuras, el oído externo, el medio, el interno, el nervio auditivo y el lóbulo temporal en el cerebro. Una

alteración en cualquiera de ellas puede producir hipoacusia de diferente intensidad y duración. Ésta puede ser transitoria —por un tapón de cera en los conductos auditivos externos o por otitis media— o definitiva —por alteración antes de nacer del desarrollo del oído o como complicación de una meningitis.

Cómo saber si tu hijo pequeño oye bien

Desde el mismo nacimiento o en los siguientes días, tu hijo responderá al ruido sobresaltándose, llorando si estaba callado o callándose si lloraba, puede parpadear y abrir los ojos cuando oye el sonido. Desde los primeros días de vida distingue si el ruido es gratificante o no, por ejemplo, las canciones rítmicas y la música clásica le tranquilizan, también oír tu latido cardíaco cuando le pones encima de tu pecho, mientras que los ruidos bruscos le producirán parpadeo, llanto, movimientos o alteración de la forma o del ritmo respiratorio.

Antes de los tres meses:

— Tu hijo vuelve la cabeza hacia la procedencia del sonido, también se tranquiliza claramente con tu voz y sonríe cuando le hablas; deja lo que estaba haciendo cuando oye un ruido; puede emitir sonidos agradables.

De los tres a los seis meses:

— Puede imitar tus sonidos e inicia el balbuceo.

— Le gusta jugar con juguetes u objetos que hacen ruido.

De seis a nueve meses:

— Responde a su nombre.

— Dice «ma», «pa», «ta».

— Gira la cabeza para localizar la voz y los sonidos.

— Mira en tu dirección si le hablas en voz baja.

— Se detiene cuando le dices «no».

— Utiliza su voz para provocarte, para que juegues con él.

Recuerda que **los niños sordos vocalizan igual que los no sordos hasta los nueve meses** de vida.

Hacia los doce meses:

— Señala o mira objetos o personas conocidos cuando se lo pides.

— Sabe localizar perfectamente la fuente del sonido.

Recuerda que los **niños sordos** adquieren todo el desarrollo psicomotor, entienden, lloran, se asustan con extraños, incluso el lenguaje expresivo es normal. **Únicamente no balbucean.**

A los dieciocho meses:

— Obedece órdenes verbales.

— Sabe señalarse las partes de su cuerpo, si se lo pides.
— Dice muchas palabras e imita algunos sonidos.
— Identifica sonidos, por ejemplo, el teléfono, una campana...
A los veinticuatro meses, cuando se lo pides: — Señala imágenes.
— Entiende preguntas sencillas.
— Utiliza dos palabras o más para construir frases.

En la actualidad existen procedimientos de despistaje de hipoacusia que pueden emplearse desde el nacimiento o en los primeros días de vida, como las otoemisiones acústicas; más tarde el pediatra, en primer lugar, y el especialista en otorrinolaringología podrán, en casos de sospecha, realizar pruebas objetivas de audición, como la impedanciometría y los potenciales evocados auditivos, practicables a cualquier edad. Otras pruebas subjetivas, como la audiometría, precisan de la mayor o menor colaboración del niño. Existen en la actualidad procedimientos para valorar la audición en cualquier edad de la vida del niño y en consecuencia métodos fidedignos para no demorar el diagnóstico de hipoacusia infantil.

Causas de la sordera

La sordera puede aparecer ya en el nacimiento o manifestarse después. Sus causas son múltiples, en unos casos son genéticas —lo que significa que es transmitida por un gen alterado—, en sorderas que se manifiestan ya desde el nacimiento. En otras, la pérdida de audición es tardía, apareciendo en cualquier época de la vida, incluso de adulto.

Las causas más frecuentes de sordera son adquiridas. Tal es el caso de la enfermedad del feto antes de nacer —como la rubéola, la toxoplasmosis o por contactos del feto con tóxicos, como la ingestión materna de alcohol—; también puede producir hipoacusia el sufrimiento fetal durante el parto, siendo factores de riesgo para tener hipoacusia el bajo peso al nacer —menos de mil quinientos gramos—, la prematuridad y la ictericia intensa. Después de nacer existen muchas causas que pueden comprometer la audición, las más frecuentes e importantes son padecer otitis media aguda repetidamente, la otitis crónica, la meningitis producida por bacterias y los traumatismos graves del cráneo o del oído, la otitis, los tapones de cera y los cuerpos extraños en el conducto auditivo externo producen sordera parcial y transitoria.

Qué repercusiones tiene la hipoacusia

La gravedad y la repercusión de la hipoacusia sobre el niño dependen de dos factores, la intensidad de la sordera y el momento de aparición. Las más graves son las que aparecen antes de los dos años, antes de que el proceso del habla esté establecido. El cerebro de estos niños pequeños no recibe la información de los sonidos, imprescindible para que pueda desarrollarse posteriormente el lenguaje; aunque se corrija la hipoacusia después, el niño no aprenderá nunca a hablar adecuadamente. Por tanto, el diagnóstico temprano es imprescindible para un tratamiento con éxito; mientras antes se detecte la sordera, mucho mejor.

Existen diferentes intensidades de la hipoacusia: leve, moderada y grave, influyendo lógicamente su profundidad en las repercusiones sobre el lenguaje. La hipoacusia leve o moderada puede pasar desapercibida durante un largo período de tiempo, hasta que aparece retraso en el habla o en la adquisición de conocimientos.

Existe tratamiento para la sordera

En la actualidad existen múltiples tratamientos, unos se basan en combatir la causa de la hipoacusia, por ejemplo, la otitis media; otros, en ayudar a oír mejor. Estos últimos métodos varían desde los audífonos hasta los implantes cocleares, que son estimuladores directos del nervio auditivo; la logopedia y la enseñanza especial consiguen que los niños sordos, incluso totalmente sordos, puedan rehabilitarse adecuadamente, oír, hablar, incluso escuchar e interpretar música. La clave y la llave están en que tú y tu pediatra sospechéis lo antes posible este déficit.

11. Bronquiolitis. Una epidemia cada año

Todos los años aparece en los meses fríos una epidemia de bronquiolitis, que afecta a millones de niños pequeños, menores de dos años. La bronquiolitis llena las consultas y las urgencias de los hospitales de lactantes con tos, mocos, ruidos al respirar y a veces fiebre, respiración rápida y dificultosa. Aunque la mayoría de las veces la bronquiolitis es una enfermedad leve, autolimitada, que se resuelve espontáneamente sin tratamiento, otras veces es grave y precisa hospitalización. En este capítulo aprenderás a conocer qué es y cómo se manifiesta la bronquiolitis y, sobre todo, a detectar el empeoramiento y la gravedad para consultar de urgencia.

Qué es la bronquiolitis

La bronquiolitis es la infección de los bronquiolos, que son los tubos más delgados, por donde circula el aire en la parte más profunda de los pulmones. Los bronquiolos transportan el aire hasta los alvéolos, que son el único lugar de intercambio de los gases en el pulmón. Los pulmones tienen como principal función aportar oxígeno a la sangre, a la vez que limpian de anhídrido de carbono, un gas de desecho procedente del metabolismo de las células del cuerpo. Para que el aire llegue a los alvéolos, los conductos que suministran este aire, los bronquiolos, tienen que estar permeables, abiertos, cuando se cierran porque existe una infección en sus paredes, el aire circula con dificultad, con lentitud, produciéndose la bronquiolitis; esta enfermedad consiste en una obstrucción del paso del aire por la vía aérea más pequeña, por los bronquiolos.

A quién afecta

Sólo a los niños de menos de dos años, que son los que tienen los bronquiolos tan pequeños, con tan poca luz en su interior que una pequeña inflamación en sus paredes obstruye total o parcialmente el paso del aire por ellos. Por eso la bronquiolitis es tanto más grave cuanto más pequeños son los niños, porque sus bronquiolos son tanto más estrechos cuanto menos edad tienen.

La bronquiolitis afecta, además, más frecuentemente entre los tres y seis meses de edad. Los niños mayores tienen unos bronquios suficientemente gruesos como para no tener bronquiolitis; un niño mayor de dos años puede infectarse por los virus productores de bronquiolitis, pero le producirá catarro, neumonía o bronquitis, nunca bronquiolitis.

Cómo se produce la bronquiolitis

Se produce por la infección vírica de los bronquiolos, estos virus también afectan a las vías respiratorias altas; el más frecuente (80 por ciento) es el virus respiratorio sincitial, también pueden producirlo otros virus y muy raramente bacterias. Estos virus se transmiten muy fácil y rápidamente a través de la tos, el estornudo o el moco de los enfermos, también a través de los objetos o las manos de los cuidadores. El contagio es tan rápido y fácil que la expansión del virus se hace como el fuego, directamente de niño enfermo a sano, o indirectamente a través del personal sanitario o escolar. Cuando un lactante tiene bronquiolitis dentro de una guardería, jardín de infancia u hospital, existe un alto riesgo de contagio al resto del personal, niños o adultos, cuando no se toman las medidas de prevención y aislamiento adecuadas. Aunque los adultos se infectan por estos virus, sus síntomas son escasos, y consisten en catarro o resfriado común.

El período de incubación es de tres a cinco días. El virus respiratorio sincitial no produce inmunidad, en consecuencia, un niño puede tener varios episodios de infección por este mismo germen.

Cómo se manifiesta la bronquiolitis

Los síntomas comienzan por un catarro de las vías respiratorias altas,

manifestado por mucosidad nasal acuosa, tos y rechazo del alimento. En los siguientes dos o tres días, la respiración se hace más rápida y puede aparecer fiebre, sibilantes o pitidos al respirar y dificultad al coger y echar el aire. En estos casos, las costillas se hunden, el niño se ayuda con el abdomen para respirar y a veces los labios se ponen de color oscuro azulado o morado. La fiebre no suele ser alta y la tos es seca, continuada, progresiva, sin tiempo para tomar el aire. La respiración es superficial pero rápida, respirando más veces de lo normal. Se considera normal, en ausencia de fiebre, unas cincuenta veces por minuto en los primeros días de vida, cuarenta respiraciones por minuto en los siguientes meses y treinta hacia el año de edad. Puedes contar las veces que respira tu hijo cada minuto, así podrás conocer cuándo lo hace más rápidamente.

Los niños, cuando la dolencia es más grave, dejan de comer, o comen poco y con dificultad, ya que bastante tienen con respirar. A veces tienen pausas de apnea, que son cortos momentos en los que parece olvidárseles respirar, y otras hacen un quejido al echar el aire.

Aunque algunas bronquiolitis son graves, la mayoría son leves o muy leves, por lo que estos niños no suelen precisar tratamiento ni hospitalización, curándose espontáneamente en siete o diez días.

Cómo actuar

Excepto si tu hijo tiene dificultad al respirar, debes actuar con tranquilidad, porque la bronquiolitis puede y debe curarse en casa sin tratamiento. Tu hijo necesita tiempo, los antibióticos no son útiles, como tampoco lo son otros medicamentos que se utilizan frecuentemente, como corticoides, aerosoles o salbutamol inhalado.

— Durante los primeros dos o tres días, hasta ver cómo evolucionan los síntomas, debes alimentar con frecuencia a tu hijo, ofrécele pecho o biberón o su alimento habitual. Si no quiere, dale frecuentemente agua o solución de rehidratación oral. La respiración rápida y la fiebre junto con el rechazo a comer y a beber predisponen a la deshidratación.

— Un rato antes de cada comida límpiale las fosas nasales con suero salino fisiológico, ya que la obstrucción nasal dificulta la respiración.

— Ponle semisentado, porque en esta posición respirará mejor.

— Evita la fiebre. Adminístrale paracetamol o ibuprofeno en la dosis que te recomiende tu médico. Recuerda que la dosis de estos

medicamentos depende del peso, no de la edad.

— Si tiene fiebre, baja la temperatura de la habitación.

— Vigila su respiración, la evolución de la frecuencia respiratoria y la aparición de quejido al respirar, el hundimiento de las costillas o los movimientos de las aletas de la nariz al respirar.

— Evita el aire contaminado, especialmente el humo del tabaco.

Cuál es el tratamiento de la bronquiolitis

La bronquiolitis no tiene tratamiento; únicamente la administración de oxígeno, cuando la bronquiolitis es grave, ha demostrado ser útil. Los antibióticos no son eficaces, tampoco los corticoides, por eso no deben emplearse. Puede probarse la inhalación de medicamentos para dilatar los bronquiolos, continuándose sólo cuando éstos demuestran que el niño mejora. En el pasado se utilizaba adrenalina inhalada, aunque recientemente se ha comprobado que también es ineficaz, y ahora se utiliza salbutamol inhalado. Tu médico te indicará si tu hijo precisa o no este último medicamento.

En pocas ocasiones, los niños deben ser hospitalizados, bien para ser vigilados, bien para administrarles oxígeno o para recibir salbutanol inhalado. El oxígeno se administra por unos tubos llamados gafas nasales o a través de mascarilla. Muy raramente estos niños precisan ser ayudados a respirar a través de una máquina llamada *respirador*, aparato que se acopla a la cara a través de una mascarilla (esta práctica se denomina *ventilación no invasiva*). Excepcionalmente la respiración artificial precisa de la introducción de un tubo desde la nariz o la boca hasta la tráquea, tubo por el que se insufla directamente aire enriquecido con oxígeno. En estos casos, el respirador hace todo o gran parte del trabajo necesario para respirar. Estos tratamientos se realizan lógicamente en los hospitales, generalmente en la unidad de cuidados intensivos. Aunque estas bronquiolitis son muy graves, la gran mayoría de los afectados sobreviven sin secuelas.

Cuándo debo preocuparme.
Cuándo consultar de urgencia

Aunque en la mayoría de los niños, especialmente los mayores de seis

meses, la bronquiolitis suele ser leve, en otros niños puede ser grave. Debes consultar de urgencia, sin demora, si tu hijo ha sido diagnosticado de bronquiolitis o tú crees que puede tener esta enfermedad y además:

— Tiene menos de seis semanas de edad, si nació a término, o menos de cuatro meses, si fue prematuro.

— Padece una enfermedad del corazón, cualquier otra enfermedad crónica o está malnutrido.

— Apenas se mueve, permanece quieto, sin fuerza, concentrado en respirar.

— Respira muy de prisa, más de sesenta veces cada minuto.

— Tiene pausas respiratorias, momentos en los que no respira.

— El color de sus labios es morado o azulado.

— La tos es continua, sin tiempo para coger aire o durante la tos sus labios se ponen morados o azulados.

— Se queja al respirar, al echar el aire.

— Respira mucho con el abdomen, metiendo y sacando la tripa.

— Se le hunden las costillas y mueve las aletas de la nariz con cada respiración.

— No come, rechaza los biberones, incluso el agua.

— Está muy irritable o por el contrario muy dormido.

En cualquiera de estos casos no esperes a la visita programada, consulta de urgencia.

¿Se puede prevenir la bronquiolitis?

La bronquiolitis no tiene vacuna, pero puede prevenirse evitando el contacto con niños afectados o con adultos en contacto con éstos, o con niños o adultos que padezcan un catarro o resfriado común. En las épocas de epidemia, que suelen coincidir con los meses fríos del año, evita en lo posible que tu hijo, si es menor de un año, esté en lugares hacinados, donde haya muchas personas, ya sean adultos o niños. La lactancia materna ofrece un efecto protector; el humo del tabaco, un efecto contrario, facilitador de enfermedad grave.

Los recién nacidos y lactantes muy pequeños con riesgo de padecer una bronquiolitis muy grave, tales como los que nacieron prematuros o los que padecen cardiopatías congénitas y otros, pueden beneficiarse de un medicamento que administrado mensualmente por vía intramuscular, los meses fríos de riesgo, previene las formas graves.

Consiste en un anticuerpo frente al virus respiratorio sincitial y es muy caro, por lo que su indicación está restringida a un grupo seleccionado de pacientes.

12. Laringitis

En las noches de otoño, tu hijo se puede despertar con una tos tan afónica y bronca, roja la cara por la fiebre y a veces con dificultad para coger el aire que te inquietará y posiblemente te conduzca a una consulta médica urgente al hospital. Sin embargo, la mayoría de las laringitis son más ruidosas que graves. En este capítulo aprenderás qué es la laringitis y cómo afrontar estos síntomas en tu casa con tranquilidad.

Qué es la laringitis

Es la inflamación de la laringe. Casi siempre es debida a infecciones, aunque algunas veces puede estar producida por respirar aire contaminado, forzar mucho la voz o por la irritación por sustancias tóxicas.

La laringe forma parte de las vías respiratorias, está situada debajo de la faringe, en la garganta, y en su interior están alojadas las cuerdas vocales.

Cómo se produce la laringitis

La práctica totalidad de los casos son de origen infeccioso. Se produce por el contacto de un niño sano con un portador de la infección, a través de las gotitas de secreción contaminada que se expulsan con la tos; o con el contacto cercano con la secreción del portador. Este portador del microbio puede ser sano, o estar enfermo o convaleciente de una laringitis.

La mayoría de las veces la infección es de origen vírico y por ello no es necesario tratarla con antibióticos. Los virus más frecuentes son los llamados *Parainfluenzae*. Rara vez el microorganismo es de origen bacteriano. El período de infección suele darse preferentemente en otoño y primavera.

A quién afecta

A los niños de cualquier edad, aunque se produce con más frecuencia entre los seis meses y los seis años. En los de mayor edad, la laringitis y sus síntomas son leves. La infección suele ser epidémica, afectando a

varios niños a la vez a lo largo de pocos días o semanas.

Cómo se manifiesta la laringitis

Los síntomas característicos son la tos «perruna» y la ronquera. Los padres suelen asustarse porque la tos es muy grave y profunda, parece «tos de viejo» o «tos de perro». Esta tos característica se produce por la vibración de la tráquea, que es el tubo que conecta la garganta con los pulmones. Este tubo, de consistencia cartilaginosa, vibra con la tos como si ésta procediera de las profundidades del pulmón, cuando en realidad es el eco de la vibración originada más arriba, en la laringe.

El segundo síntoma es la ronquera, que muchas veces precede a la tos. En los niños pequeños, en la etapa preverbal, la ronquera se manifiesta como llanto afónico, de tono grave, y en ocasiones llanto silencioso, porque no les sale la voz. Cuando la inflamación es más intensa, la luz o el espacio de la laringe por donde pasa el aire en cada respiración disminuye, apareciendo un ruido característico llamado *estridor*, conocido también como *crup* o *pseudocrup*. Este ruido aparece sólo durante la inspiración, durante el período en el que el aire entra en los pulmones. El estridor es un ruido que aumenta de intensidad cuando el volumen o el flujo del aire también aumenta, por ejemplo, cuando el pequeño llora, está inquieto o tiene fiebre. En estas situaciones, el estridor puede ser tan intenso que parece que el niño se va a asfixiar, ya que el aire, al introducirse en el pulmón, hace un ruido de aparición brusca, que se acompaña de una expresión de miedo en la cara y dificultad respiratoria. Los músculos respiratorios se tensan, porque el trabajo para introducir el aire es mayor, las fosas situadas encima de las clavículas y del esternón, en el cuello, se hunden y los espacios entre las costillas también se deprimen. Los padres y los niños tienen la desagradable sensación de que el conducto por donde pasa el aire en la laringe se está cerrando y que se ocluirá totalmente, asfixiando al niño. Sin embargo, este temor casi nunca llega a más. Los pequeños pueden tener un intenso estridor respiratorio sin que exista obstrucción de la vía aérea que comprometa su vida.

Cómo actuar

Es obvio que cuando los padres notan los síntomas subjetivos de laringitis aguda intensa (fiebre, afonía intensa y estridor respiratorio) deben consultar de urgencia a su médico o a un servicio de urgencias pediátricas. Cuando los síntomas de laringitis son leves (afonía, tos

bronca y estridor no intenso) deben también consultar, pero de manera programada, no urgente. Hasta que sea tratado por su médico, se puede trasladar al pequeño a un ambiente de humedad fría, ya sea dando un paseo por un ambiente fresco altamente húmedo (parque, jardín) o aplicándole aerosoles de suero salino. En muchas ocasiones, los síntomas mejoran en el período de traslado al hospital, simplemente porque durante el trayecto el niño entra en contacto con ambientes húmedos.

Cuál es el tratamiento

El tratamiento es respirar aire húmedo frío, a veces aire enriquecido con oxígeno húmedo. Los aerosoles con suero salino frío, con o sin medicación, mejoran rápidamente los síntomas. Estos tratamientos deben ser indicados por tu pediatra.

En las situaciones de apuro respiratorio, dificultad respiratoria intensa acompañada o no de estridor, necesitan otro tratamiento de oxígeno y medicamentos antiinflamatorios. Excepcionalmente, los pacientes deben ser ventilados por medios artificiales, con una máquina llamada *respirador*. Estos tratamientos los realizan los servicios de emergencia extrahospitalarios o ya en el mismo hospital. Afortunadamente, los síntomas desaparecen en dos o tres días, incluso en los casos más graves, la fiebre y el estridor remiten, quedando una tos afónica que puede persistir durante una semana.

Los antibióticos no suelen ser necesarios, porque la infección generalmente es vírica. Sin embargo pueden existir algunas situaciones que hagan aconsejable la administración de antibióticos, pero es a tu médico a quien corresponde tomar esta decisión. El resto de los tratamientos empleados con frecuencia son inútiles, excepto un corticoides llamado dexametadona.

¿Puede prevenirse la laringitis?

Sólo puede prevenirse evitando el contagio. No existen vacunas ni medicamentos que puedan prevenir la enfermedad. No está, por tanto, indicada la administración de antibióticos, medicamentos en aerosoles, supositorios, fármacos antiinflamatorios o sedantes ni para prevenir ni para tratar la enfermedad, salvo en casos excepcionales.

¿Deja secuelas la laringitis?

No, la curación es completa. Algunos niños sufren varios ataques a lo

largo de su vida. Esto es debido a que tienen una laringe normal, pero más estrecha (variación normal) o que ésta se inflama con más frecuencia. Ambas cosas son normales. La edad resuelve estos ataques, porque al crecer la laringe a la vez que lo hace el resto del cuerpo, la inflamación de sus paredes no dificulta tanto el paso del aire como cuando la laringe era mucho más pequeña y estrecha.

13. «Ronquidos, ¿debo preocuparme?» Apnea durante el sueño

Roncar no es normal, aunque sí frecuente. Puede ser un síntoma de una enfermedad llamada *apnea del sueño*. En contra de lo que muchos padres creen, el ronquido durante el sueño no sólo es un hábito molesto, frecuentemente familiar, es un síntoma que indica que el aire no pasa adecuadamente por las vías respiratorias superiores. Esto puede tener graves repercusiones no sólo sobre el crecimiento y desarrollo físico del niño, sino también sobre su rendimiento escolar. Si tu hijo ronca, no pienses que es como su padre o su madre, consulta a un especialista porque ambos pueden necesitar tratamiento.

Qué es el ronquido

Como todo el mundo sabe, roncar es hacer un ruido con la respiración mientras se duerme, hecho muy frecuente en niños y en adultos. Se produce por la vibración del aire al pasar por la vía respiratoria superior, por la garganta. Durante el sueño, todos los músculos se relajan, también los músculos de la respiración, situación que permite el descanso. Sin embargo, algunas personas relajan excesivamente los músculos de la garganta, que son los que mantienen abierta la vía por donde circula el aire en la faringe, conducto que se cierra, colapsándose en el momento de la entrada del aire.

El ronquido es el ruido que produce el aire para abrirse paso por esta vía obstruida, por eso roncar es un síntoma que indica que el aire no pasa adecuadamente por la garganta. El ronquido aumenta durmiendo boca arriba porque la lengua, que también es un músculo, por efecto de la relajación, cae hacia atrás obstruyendo más el paso del aire. Los codazos que los compañeros de cama se dan, por una parte invitan al roncador a cambiar de posición y por otra le despiertan, recobrando el tono muscular y la respiración normal.

Qué es la apnea del sueño

Uno de cada diez niños y un tercio de los adultos roncan, y algunos de ellos tienen apnea del sueño. Consiste en el cierre completo de la vía

aérea superior, que obstruye e impide el paso del aire a los pulmones. Tanto los niños como los adultos con apnea tienen una respiración ruidosa, generalmente con ronquidos de gran intensidad, interrumpidos momentáneamente por un silencio por ausencia de respiración, seguida de un nuevo gran ronquido que indica la entrada del aire y de síntomas de agitación, jadeo y movimientos de piernas. Durante los episodios de apnea, al interrumpirse la respiración, la sangre no se oxigena, hecho que tiene gran trascendencia para la salud.

No todos los niños que roncan tienen apnea del sueño, pero algunos sí. Desgraciadamente sólo uno de cada diez niños es diagnosticado y por tanto tratado, condenándose a los nueve restantes a padecer todas las noches momentos cortos, pero repetidos, de mala oxigenación de su cuerpo y por tanto de su cerebro. Esto produce enfermedades cardiovasculares, retraso en el crecimiento y dificultad para el aprendizaje.

Cuáles son las causas del ronquido y de la apnea del sueño en los niños

La causa más frecuente es el aumento de tamaño de las amígdalas y de las adenoides, llamadas también popularmente vegetaciones. Como el mayor aumento de las amígdalas y vegetaciones sucede a partir de los tres años, los ronquidos y la apnea del sueño por esta causa aumentan entre esta edad y los nueve años. Después disminuye la frecuencia e intensidad de estos síntomas, para aumentar nuevamente en la edad adulta. En los menores de tres años, el ronquido y la obstrucción al paso del aire por las vías respiratorias se producen por alteraciones en la anatomía de la cara, por ejemplo, en niños con mandíbula pequeña, desviación del tabique nasal o lengua grande.

La obesidad acompaña casi siempre a los adultos roncadores y en ocasiones a los adolescentes, pero no a los niños más pequeños, ya que la mayoría de los niños pequeños que roncan y tienen apnea del sueño no son gordos, incluso son delgaditos. Otras causas que facilitan el ronquido son las infecciones de la nariz, de la garganta, las alergias o ser fumador pasivo. En los niños, la frecuencia es la misma en ambos sexos.

Qué problemas produce la apnea del sueño

La apnea del sueño produce episodios de ausencia de la respiración, de corta duración, pero repetidos, que conducen a diversas

alteraciones en el funcionamiento normal del organismo del niño. Por una parte se produce una interrupción del sueño, tan corta que pasa desapercibida por las personas que la sufren, pero que es suficiente para alterar la calidad del sueño. Los niños y los adultos tienen por ello al día siguiente cansancio, somnolencia y disminución de la capacidad de atención. Esto lleva a un bajo rendimiento escolar, a la alteración de la memoria, de la creatividad y a veces a la inadaptabilidad social con conducta agresiva; algunos niños tienen hiperactividad y déficit de atención. Por otra parte, pueden tener un retraso considerable del crecimiento debido a la falta de oxigenación de los tejidos durante las horas de sueño y al aumento del trabajo para respirar, ya que constantemente están luchando contra la obstrucción del aire, la falta de apetito y quizá la disminución de la hormona del crecimiento, cuya secreción es mayor durante el sueño. Además, la apnea del sueño produce un trabajo excesivo del corazón, los niños pasan la noche sudando y luchando para que el aire pueda pasar a los pulmones. En definitiva, tiene repercusiones negativas sobre la salud del niño y sobre su futuro.

Cuáles son los síntomas de la apnea del sueño

Los niños con apnea del sueño tienen síntomas tanto durante el día como por la noche. En los menores de dos años, los síntomas predominantes son nocturnos, mientras que en los de mayor edad los síntomas diurnos también son importantes. El principal síntoma nocturno es el ronquido, que es intenso, entrecortado, continuo y diario, si bien aumenta cuando el niño tiene un catarro o una rinitis alérgica. El ronquido va pasando algo más desapercibido a los padres conforme el niño va creciendo, porque duerme solo o tiene más independencia durante la noche. Todos los niños con apnea del sueño tienen ronquido, pero no todos los que roncan presentan apnea del sueño.

Otro síntoma nocturno son las pausas de apnea, que a veces son muy evidentes, pero otras no, pudiendo pasar desapercibidas debido a que el niño realiza movimientos de respiración, pero el aire no pasa a los pulmones, dando la sensación por el movimiento del pecho de que la respiración es normal, cuando no lo es, ya que el aire se queda parado en la garganta. Para vencer esta obstrucción al paso del aire, algunos niños adoptan posturas raras para dormir, por ejemplo, dormir boca abajo con las rodillas bajo el abdomen, dormir boca arriba con la cabeza muy echada hacia atrás, hiperextendida (figura 15), o dormir sentados con la cabeza caída hacia atrás, porque cuando

se acuestan boca arriba se asfixian. Los niños suelen respirar por la boca, con la boca abierta (figuras 13 y 14), sudan mucho, tienen frecuentes pesadillas, terrores nocturnos y sonambulismo.

Los síntomas diurnos pasan frecuentemente inadvertidos a los padres y son: cansancio con tendencia al sueño, dolor de cabeza, falta de apetito, irritabilidad, agresividad e hiperactividad. El retraso en la ganancia de peso y talla, y el bajo rendimiento escolar o no son detectados o atribuidos a menudo a otras causas.

Qué hacer si tu hijo ronca

Debes consultar al médico, ya que aunque roncar no tiene mucha importancia, puede ser el signo que nos conduzca a la apnea del sueño y esto sí debe ser corregido. El médico realizará posiblemente un estudio para confirmar el diagnóstico, la causa de la apnea y el tratamiento más conveniente. La extirpación mediante cirugía de las amígdalas y las vegetaciones resuelve nueve de cada diez casos, cirugía que necesita anestesia general. En el pasado, esta cirugía se realizaba con anestesia local, pero actualmente la anestesia general es obligada. Las indicaciones actuales para la extirpación de amígdalas y vegetaciones en los niños son muy escasas, una de ellas es la apnea del sueño.

Algunos niños necesitan durante el sueño un pequeño aparato llamado *respirador*, que administra aire a presión a través de una mascarilla que se coloca en la cara. Cuando el aparato, que vigila todas las respiraciones del niño, detecta una respiración inadecuada, una pausa de apnea, manda aire a presión y éste vence la obstrucción en la vía respiratoria. Muy pocas veces estos pacientes necesitan oxígeno durante el sueño. Otras veces, estos aparatos mandan aire continuamente para evitar que la vía aérea se colapse durante la inspiración, el período en el que el aire entra en los pulmones.

Cuando el paciente es obeso, generalmente adolescente, tiene que perder el exceso de peso mediante una dieta escasa en calorías pero equilibrada y aumentar la actividad física. En el capítulo «Obesidad y sobrepeso» encontrarás más información sobre este tema.

Cuándo consultar si tu hijo ronca

Te recomiendo que consultes al pediatra de tu hijo, que decidirá quizá consultar con otros especialistas, como un neumólogo infantil o un otorrinolaringólogo, siempre que el ronquido tenga las siguientes características:

— Ronquido durante el sueño, diariamente, tanto en los períodos de catarros y alergias como sin ellos, aunque durante aquéllos el ronquido se incremente.

— Ronquidos con pausa de apnea, caracterizados por ausencia de respiración durante unos segundos, repetidos más de una vez durante la misma noche.

— Ronquidos con sudoración intensa.

— Cambio de coloración de los labios durante el sueño, pasando del color sonrosado, que es el normal, al color más pálido, morado o azulado, levantando el culito.

— Si adopta durante el sueño posturas anormales, cabeza muy echada hacia atrás con hiperextensión del cuello, sentado o tumbado boca abajo, con las piernas flexionadas debajo del abdomen, levantando el culito.

— Si el niño está generalmente somnoliento durante el día, con malhumor o pérdida de apetito.

— Cuando estás pendiente de la siguiente respiración, que parece que no llega nunca.

— Cuando tengas dudas o preguntas que realizar.

14. «Mi hijo se queda privado.» Espasmos del sollozo

Espasmo del sollozo
Cuando tu hijo se priva por primera vez, sientes que presencias un grave accidente que impide que respire, una situación tan inesperada como grave que puede acabar con su vida. Ser espectador de este primer episodio es un auténtico drama que por fortuna siempre es de muy corta duración. A pesar de la aparente gravedad, los niños que se privan están sanos; realmente, estos episodios no tienen ni gravedad ni trascendencia. En este capítulo se describe qué son los espasmos del sollozo, cómo se previenen y cómo debes actuar en estos casos.

Qué son los espasmos del sollozo
Son episodios dramáticos y voluntarios en los que el niño —por lo demás sano— deja de respirar. Aparecen rápida e inmediatamente después de una rabieta, después o antes del inicio del llanto. La ausencia de respiración es de corta duración, alrededor de un minuto, aunque este tiempo parece mucho mayor para los adultos o padres que lo observan. Los niños pueden ponerse azules, morados o pálidos. En ocasiones aparece pérdida del tono muscular, con la caída o desplome de la cabeza, tronco y extremidades. Otras veces la cabeza, cuello y tronco están rígidos. Si el niño está sentado o de pie puede simular convulsiones o pérdida transitoria de la conciencia. No es un trastorno epiléptico.

A quiénes afecta
Es muy frecuente en los niños sanos, afecta a seis de cada cien de edades comprendidas entre seis y veinticuatro meses. Aunque puede aparecer antes de los seis meses y después de los cuatro a cinco años, la frecuencia ya es mucho menor. En uno de cada cuatro casos existe el antecedente de que algún familiar directo presentó los mismos síntomas durante su infancia. El espasmo del sollozo es más usual en niños que en niñas. Aunque puede producirse a cualquier hora del día, es más frecuente cuando el niño está cansado o antes de dormir.

Por qué se producen los espasmos

Se sabe que no es una enfermedad, pero se desconoce la causa. Los síntomas no están provocados por enfermedad respiratoria, cardíaca, cerebral ni psiquiátrica. Los niños con espasmo del sollozo no sufren trauma psíquico ni en el futuro desarrollarán frustración ni enfermedad mental secundaria al espasmo del sollozo. Generalmente, el episodio se inicia por algún tipo de desencadenante externo, generalmente el llanto, aunque también puede iniciarse por dolor, frustración, al negarle o no conseguir un determinado capricho, o por miedo o sorpresa ante un acontecimiento inesperado. Por ello se piensa que es la primera rabieta de un tipo de niño con predisposición para tener este problema. Algunos niños con varios o múltiples espasmos de sollozo al día amenazan con una nueva crisis cuando sus padres no acuden inmediatamente al llanto o cuando se les niegan caprichos. Estos niños pueden utilizar el llanto de manera consciente o inconsciente, voluntaria o involuntariamente, para obtener beneficios. Los niños deben aprender desde pequeños los límites de sus demandas, cuando se sobrepasan, la rabieta aparece y el espasmo amenaza nuevamente. En estos casos, muchos padres intentan evitar los espasmos acudiendo inmediatamente al inicio del llanto. Esto, en vez de mejorar la situación, la empeora, puesto que el niño lo utiliza como un pequeño chantaje que aumenta la frecuencia de los espasmos.

Cuál es el tratamiento

Ninguno. Los niños no precisan ningún tratamiento, ninguna consulta, ningún estudio. Aunque los padres o los adultos que observan el episodio tienen sensación de urgencia, e incluso temen por la vida del niño, estos episodios no tienen ningún riesgo, nunca producen la muerte, nunca conducen a enfermedades, ni lesiones ni secuelas; a pesar de lo dramático que aparentan son banales. No está indicado realizar estudio neurológico, cardiológico ni radiológico, electrocardiograma ni electroencefalograma.

Consejos para los padres

La lectura y la puesta en marcha de estos consejos pueden ayudarte a enfocar adecuadamente los episodios de espasmo del sollozo de tu hijo.

— El espasmo tiene una duración corta, nunca produce asfixia.
— No intentes detener el espasmo.
— No realices maniobras de reanimación. No hagas respiración

boca a boca, no soples a la cara, no golpees la espalda ni la cara, no realices masaje cardíaco, no zarandees...

— Aléjate del niño prudentemente, obsérvale desde lejos, intentando no mostrar tu inquietud.

— No le hables, no le reprendas, no chilles y no pidas ayuda.

— Si el niño tiene objetos en la boca o comida, retíraselos.

— Cuando el espasmo finalice, enfádate si el desencadenante fue un capricho o una rabieta. Dile que así no conseguirá lo que pretendía. Si el desencadenante fue dolor o miedo, protégele, acurrúcale y acaríciale.

— Después, déjale dormir.

Cuándo se debe consultar

Debes consultar al pediatra cuando está presente alguno de los siguientes síntomas:

— Aparecen convulsiones. Éstas se caracterizan por movimientos rítmicos de cara, como temblores de cabeza, piernas o brazos, generalmente con pérdida de conciencia y sueño posterior.

— Cuando el supuesto espasmo del sollozo aparece en edades muy tempranas de la vida, antes de los cinco meses de edad o después de los cinco años.

— Si se producen espasmos durante el sueño. Nunca el espasmo del sollozo aparece cuando el niño está dormido.

— Si las crisis aparecen sin causa desencadenante, de manera espontánea.

— Consulta también si no puedes vencer el miedo a estos episodios o si tienes preguntas que necesitas que el médico te aclare.

15. Neumonía. ¿Es grave?

La neumonía es la infección de una parte del pulmón, de uno o de ambos pulmones; es también conocida popularmente como *pulmonía*. Aunque en el pasado era una enfermedad muy grave que producía síntomas durante largo tiempo, falleciendo muchas de las personas que contraían esta enfermedad, en la actualidad es grave sólo en los países en vías de desarrollo y en algunos niños, sobre todo los afectados por enfermedades crónicas. Aunque en nuestro medio es una enfermedad frecuente, estos niños generalmente no suelen precisar hospitalización, se curan totalmente en una o dos semanas, lógicamente cuando el diagnóstico es precoz y el tratamiento adecuado. En este capítulo aprenderás los aspectos más importantes de la neumonía en los niños, especialmente cuándo y cómo sospechar la presencia de esta enfermedad.

Qué niños pueden contraer neumonía

La neumonía puede afectar a los niños de cualquier edad, aunque es más frecuente en los más pequeños, los que tienen entre uno y cinco años de edad. Por tanto, un niño sano puede coger una neumonía aunque nunca haya estado enfermo. Están mucho más predispuestos aquellos que acuden a una guardería o jardín de infancia; los expuestos a contaminantes inhalados, como son los fumadores pasivos; los niños prematuros, y los portadores de enfermedades crónicas, especialmente los que tienen deficiencias inmunitarias o malnutrición.

Cómo se produce la neumonía

La neumonía es producida por microbios, virus o bacterias; los niños con cáncer o con deficiencias en la capacidad para luchar contra las infecciones pueden tener también neumonía por hongos y por parásitos. Los virus y las bacterias causantes de neumonías se contagian a través de los estornudos, la tos y el contacto con las secreciones respiratorias y el moco, que contienen grandes cantidades de estos microbios.

Los microbios llegan al pulmón generalmente por cercanía, porque en los días previos existe infección de las vías respiratorias altas, nariz y garganta —esta vía es la preferida por los virus—. Otras veces, los microorganismos, generalmente bacterias, llegan por la vía aérea directamente al pulmón, sin producir antes síntomas respiratorios altos, como tos y mocos. Más raramente la vía utilizada por los microbios es la sangre, no la vía aérea, de forma que el microbio responsable invade el torrente sanguíneo, desde donde es transportado a un órgano lejano, cuando es el pulmón se produce neumonía.

Los virus productores de neumonía son especialmente frecuentes en los primeros cinco años de vida, sobre todo entre el primer mes y los dos años de edad. Los dos virus más frecuentes en esta época de la vida son el virus respiratorio sincitial, productor también de bronquiolitis, y el virus de la gripe. La neumonía bacteriana es menos frecuente, siendo el germen más importante el neumococo, una bacteria productora también de otitis y meningitis.

Muchos niños tienen simultáneamente neumonía producida por virus y bacterias; este fenómeno se denomina *coinfección*. Se produce posiblemente porque inicialmente el virus disminuye la capacidad de limpieza y de defensa del pulmón, facilitando la infección bacteriana, generalmente por neumococos.

Sin embargo, después de los dos años la importancia de los virus disminuye, aumentando la frecuencia del neumococo, mientras que a partir de los cinco años otros dos microorganismos —llamados *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*— infectan junto al neumococo los pulmones.

Cuándo sospechar la presencia de neumonía

Aunque los síntomas que tiene un niño con neumonía varían dependiendo de la edad y del tipo de microbio que la produce, debes sospechar esta enfermedad si tu hijo presenta:

— Fiebre con o sin escalofríos, sin ninguna causa que la explique.

— Tos y mocos, con expectoración visible sólo en los niños mayores. Los pequeños degluten, tragan estas secreciones.

— Respiración más rápida de lo normal, en ausencia de fiebre o con poca fiebre. También respiran más rápidamente los niños agitados, con dolor y con asma.

— Dificultad al respirar, consistente en hundimiento de las costillas con cada respiración, movimiento de las aletas de la nariz, del abdomen y respiración trabajosa, a veces ruidosa, con o sin quejido al respirar.

— Decaimiento y disminución de la actividad física.

— Dolor abdominal. Este síntoma aparece sólo en los niños mayores y cuando la neumonía afecta a la parte más baja del pulmón, dolor que junto a la fiebre puede confundirse con una apendicitis aguda.

— Dolor torácico, en el pecho, presente sólo en los niños mayores. Los pequeños, aunque tengan dolor, no saben localizarlo ni expresarlo.

— Si la neumonía es grave, aparece coloración morada de los labios y del pulpejo de dedos y uñas.

Cuando la neumonía es de origen vírico, los síntomas aparecen generalmente de manera lenta, precedidos unos días antes de mocos acuosos, tos y fiebre no elevada. El virus de la gripe tiene un período de incubación muy corto, entre día y medio y tres días, el doble de tiempo que el virus respiratorio sincitial, productor de la bronquiolitis y también de la neumonía. Los síntomas de las neumonías bacterianas suelen aparecer bruscamente —fiebre elevada, decaimiento, junto con los síntomas antes descritos—. La neumonía del niño mayor y adolescente por *Mycoplasma* puede acompañarse además por dolor de garganta y de cabeza.

Qué hacer si tu hijo tiene neumonía.
Cuál es el tratamiento

En primer lugar, debes acudir a tu médico o al pediatra de tu hijo para que confirme o descarte tu sospecha. Con los síntomas y la exploración física, el médico generalmente puede hacer el diagnóstico, porque la auscultación pulmonar suele ser característica. Cuando la neumonía es típica no es necesario practicar radiografía de tórax, ésta se utiliza en la actualidad sólo en los casos dudosos y cuando la respuesta al tratamiento no es la adecuada.

Debes seguir las indicaciones de tu médico, que quizá indique un

antibiótico que debes administrar en la dosis, intervalo entre dosis y duración que él establezca. Además, te recomendamos que sigas una serie de pautas:

— No le obligues a comer; está enfermo y no tiene apetito. No se curará antes por comer más. Respeta su apetito, puede estar inapetente por la infección, la fiebre o porque come moco. Muchos niños no saben expectorar, suelen tragarse las secreciones que salen con la tos.

— Si tiene edad de entender tus órdenes, invítale a toser, esto le ayudará a limpiar sus pulmones.

— Ofrécele mucha agua o líquidos. Aunque tu hijo no quiera comer, dale líquidos frecuentemente, en pequeñas dosis, incluso con jeringuilla. Los líquidos son necesarios para facilitar la fluidificación y expulsión de las secreciones pulmonares.

— Permite, si lo desea, que adopte la posición de sentado o semisentado, incluso para dormir. Esta posición es más confortable y le permite respirar y dormir mejor.

— Adminístrale antitérmicos, paracetamol o ibuprofeno, si su temperatura es superior a 38 ºC. Recuerda que la dosis depende sólo del peso, y no de la edad. Consulta esta dosis con tu médico.

— Aplica fisioterapia respiratoria. Consiste en golpearle suavemente con la mano hueca en la parte posterior, lateral y anterior del pecho, es un golpeteo rítmico, durante unos diez minutos, que ayuda a despegar y desprender las secreciones pulmonares y a expulsarlas.

— Cuando el tratamiento antibiótico es el adecuado, la mejoría de los síntomas y la desaparición de la fiebre comienzan a notarse a los dos o tres días de iniciado éste. La curación completa se produce hacia los siete o diez días de tratamiento, aunque puede persistir la tos algunos días más.

— Comprueba la temperatura al menos dos veces al día, por la mañana y por la tarde. También debes contar la frecuencia respiratoria cuando tu hijo está en reposo; para ello, cuenta las veces que respira en medio minuto y multiplícalo por dos. Temperatura y frecuencia respiratoria son los dos signos clínicos más importantes para evaluar la evolución de la enfermedad. El médico los valorará adecuadamente, pero debes saber que su descenso indica mejoría y su aumento puede indicar, aunque no siempre, un empeoramiento.

— No administres medicamentos para la tos, excepto aquellos que estén prescritos por tu pediatra. La tos puede sedarse con cucharaditas de miel batida con zumo de limón, siempre que el niño sea mayor de año o año y medio. Este remedio es tan efectivo como los jarabes,

gotas y supositorios para la tos, es inocuo y puede repetirse tantas veces como quieras.

— Cuando la respuesta al tratamiento no es la esperada, el médico quizá indique la realización de una radiografía de tórax y un análisis de sangre para descartar complicaciones. La más frecuente es el derrame pleural, que consiste en la aparición de líquido, a veces pus, entre la pleura y la pared del tórax. El derrame pleural a veces necesita ser drenado al exterior mediante la colocación de un tubo de plástico, que se inserta sin dolor, porque previamente se anestesia esa zona y se seda al niño. La presencia de derrame pleural es en la actualidad la complicación más frecuente y la responsable de que la fiebre persista a pesar del tratamiento. El derrame pleural alarga el proceso de curación, alarga el tratamiento, pero la curación completa es la norma, aunque tarde más la curación, será completa y definitiva.

Cuándo consultar de urgencia

Debes consultar sin demora, de urgencia, si observas que tu hijo tiene:

— Dificultad al respirar, respira con ruidos o la respiración es muy agitada, respira muy rápido o con mucho trabajo.

— El color de sus labios o de sus uñas es azulado, gris o morado.

— No atiende a tus órdenes, no le interesa lo que le rodea, está como ausente y apenas se mueve.

— Te cuesta trabajo despertarle, o se despierta con tus estímulos, pero rápidamente vuelve a dormirse.

— Vomita insistentemente el antibiótico o se niega a tomarlo.

— Vomita los líquidos o se niega a tomarlos durante varias horas, más de seis u ocho horas si es pequeño, y más de veinticuatro horas si es preescolar.

16. Asma. Tos y silbidos en el pecho

El asma es la enfermedad crónica más frecuente de los niños. Uno de cada diez niños, incluidos los adolescentes, tiene asma; por eso es posible que conozcas a más de un niño con esta enfermedad. El asma se caracteriza porque los tubos por los que pasa el aire en los pulmones se inflaman y, por esta razón, el aire circula con más dificultad. Aunque es una enfermedad crónica, su tratamiento consigue que los niños no tengan síntomas, realicen una vida normal y ejercicio físico, incluso algunos han llegado a ser campeones olímpicos. En este capítulo aprenderás a conocer el asma, a detectar los síntomas de empeoramiento, a utilizar los medicamentos para atajar los síntomas y conseguir que tu hijo desarrolle una actividad normal.

Qué es el asma

El asma es una enfermedad crónica, hereditaria, que afecta a los bronquios, que son los conductos por donde circula el aire en los pulmones. Las paredes de los bronquios se inflaman y se estrecha el conducto por donde tiene que pasar el aire, estrechez que ocasiona silbidos en el pecho, tos y dificultad para respirar. El asma es una enfermedad inflamatoria que afecta a los bronquios de ambos pulmones, inflamación que siempre está presente, pero sólo cuando aumenta la inflamación y la obstrucción aparecen los síntomas. Los niños asmáticos son siempre asmáticos, tengan o no síntomas; cuando tienen muchos de estos síntomas simultáneamente decimos que sufren una crisis asmática. Aunque el asma es una enfermedad hereditaria, no quiere decir que los hijos de los asmáticos vayan a desarrollar obligatoriamente esta enfermedad, aunque sí existe una predisposición a tenerla.

No todos los niños con tos y silbidos al respirar son asmáticos, un 30 por ciento de los menores de cinco años tienen en alguna ocasión tos y ruidos sibilantes propios de los asmáticos, pero de éstos, sólo un tercio será asmático al crecer.

Por qué se produce el asma

Cuando un niño predispuesto por sus genes para tener asma entra en contacto con ciertas sustancias llamadas *desencadenantes del asma*, la pared de los bronquios se inflama, a la vez que se contraen los músculos que envuelven a estos conductos, produciéndose así su estrechamiento.

Asma y alergia no son lo mismo. Muchos niños asmáticos no son alérgicos y viceversa, niños que son alérgicos no son asmáticos. Sin embargo, la causa más frecuente de asma es la alergia a distintas sustancias. Éstas inician los síntomas, aunque el desencadenante, que es diferente de un niño a otro, no siempre es la alergia. Estos desencadenantes pueden ser excrementos de ácaros del polvo y cucarachas (no el polvo en sí); escama de la piel de pelo o caspa de animales, como gatos, caballos o perros; el polen de plantas o flores, como las gramíneas, las arizónicas, el olivo o el plátano... Raras veces está provocado por alergia al huevo, mariscos o pescados. También desencadenan el asma algunos irritantes, como humo del tabaco, perfumes, pinturas, humos, olores fuertes, polvos de talco o carbón, así como algunos resfriados o infecciones de la nariz, de la garganta o de los senos, que son las cavidades que están en la cara, alrededor de los ojos y la nariz. El desencadenante puede ser el ejercicio físico intenso, lo cual no debe impedir ni dificultar que los niños asmáticos, adecuadamente tratados, practiquen deportes incluso de competición.

Cómo reconocer el asma

El asma leve puede pasar desapercibida, pero cuando es moderada o grave tiene síntomas visibles, especialmente si aparece la crisis asmática. Los niños sanos respiran silenciosamente, pero los asmáticos tienen ruidos, un silbido característico, como pitos en el pecho, que técnicamente se llaman *sibilancias*, porque parecen silbidos si acercas tu oreja al pecho del niño asmático. Además tienen tos, que se hace muy intensa, frecuente y agobiante en la crisis asmática, apareciendo entonces opresión o dolor en el pecho y fatiga, dificultad para respirar. En esta situación, los niños no pueden hablar o lo hacen entrecortadamente y necesitan estar sentados para respirar mejor. En ocho de cada diez niños asmáticos, los primeros síntomas hacen su aparición antes de los cinco años y en otros muchos casos antes de los dos. Estos síntomas mejoran y empeoran, aparecen y desaparecen, porque, aunque tú no lo aprecies, la inflamación de los bronquios posiblemente persiste, estando así predispuestos a que cualquier desencadenante haga reaparecer los síntomas. Los niños con asma

pueden empeorar rápidamente, pasando de una respiración normal a casi no poder respirar o hacerlo con una gran dificultad. Entre normalidad y gravedad puede transcurrir muy poco tiempo.

Cómo puedo ayudar a mi hijo asmático

Puedes ayudarle y mucho, en primer lugar evitando los factores desencadenantes, recuerda que el tabaco facilita la aparición de asma en los niños predispuestos y empeora siempre sus síntomas. Evita que fumen delante de tu hijo. En segundo lugar, haz que tu hijo no sea un enfermo crónico, puedes mantenerle libre de síntomas para que haga una vida normal, aunque la enfermedad persista. Para ello, debes aprender a reconocer los síntomas de empeoramiento y a iniciar el tratamiento en casa cuando el asma se agudiza. Las crisis asmáticas pueden y deben ser tratadas inicialmente por ti o por tu hijo, si ya es mayor. El tratamiento se basa en dos tipos de medicamentos, uno para vencer la inflamación y otro para abrir los bronquios, llamado *broncodilatador*. Ambos se pueden administrar por dos vías, una directa a los bronquios, respirando o inhalando estos fármacos y otra por la boca o por inyecciones. Tu pediatra te indicará el tipo de medicamento, la dosis y la frecuencia de la administración.

El control y el tratamiento del asma requieren una vigilancia constante, tienes que realizarlos continuamente, tanto en los momentos de empeoramiento, durante las crisis asmáticas, como cuando la enfermedad está controlada. Para el control, lo más eficaz es vigilar cómo respira tu hijo; si habla de corrido, canta o cuenta números sin pararse a coger aire, su respiración es buena, mientras que si necesita tomar aire cada pocas palabras o números, es que está empeorando. Vigila también las veces que respira cada minuto o cada medio minuto sabiendo que a mayor número de respiraciones mayor gravedad, lógicamente a igual temperatura porque la fiebre también aumenta la frecuencia respiratoria.

Si tu hijo es asmático es muy conveniente que dispongas de un pequeño aparato llamado *pulxiosímetro*, consistente en un medidor de la concentración de oxígeno de la sangre y del pulso arterial; la medición se realiza continuamente a través de rayos infrarrojos. El pulxiosímetro se aplica a un dedo de la mano o del pie, y ofrece en números dos datos; uno de ellos es la Sat O2 —que es la concentración del oxígeno de la sangre, cuyo valor normal es mayor de 95 por ciento — y el otro la frecuencia del pulso. Cuando un niño tiene una crisis asmática leve, la Sat O2 es igual o mayor del 95 por ciento, y desciende conforme la crisis asmática se hace más intensa, de forma

que un valor del 92 por ciento indica una crisis asmática grave que precisa tratamiento inmediato.

Tu hijo y tú podéis realizar el tratamiento directamente en el lugar donde tiene que actuar, a través de la vía respiratoria. Se utilizan inhaladores llamados *de dosis media* o *de polvo seco*, que aportan una misma dosis de fármaco, o bien nebulizadores, que convierten este medicamento en rocío, que es respirado a través de la mascarilla que se aplica en la cara del niño. Todos los medicamentos para dilatar los bronquios y para vencer la inflamación se pueden dar por esta vía. Para el asma grave puede ser necesaria la administración de corticoides por vía oral; tu médico te lo indicará. Los antibióticos no son necesarios.

Consejos para utilizar bien los inhaladores

Cuando tu hijo precise ayudarse de un inhalador, debes seguir las pautas siguientes:

— No utilices directamente el inhalador en la boca, es mejor interponer una cámara espaciadora, que consiste en un tubo de plástico o de metal para que la medicación pueda ser respirada desde esta cámara, en vez de directamente del inhalador. De este modo, el aprovechamiento del fármaco es mayor.

— Lava la cámara espaciadora con agua y jabón, déjala secar sin enjuagar, así el medicamento se pega menos en las paredes del plástico, siendo por tanto más efectiva, porque todo va a los bronquios.

— Agita el inhalador antes de cada uso.

— Aplica el inhalador en la cámara espaciadora, y ésta en la cara de tu hijo. Pulsa el inhalador para que la medicación penetre en la cámara, desde donde tu hijo respirará profundamente varias veces. Administra las dosis que tu médico te haya recomendado, generalmente una o dos veces, dejando que transcurra un minuto entre cada inhalación.

— Si la medicación inhalada consiste en corticoides, haz que se enjuague la boca con agua después de cada inhalación y la escupa para evitar infección de la boca por hongos.

Cuándo consultar al médico. Cuándo acudir a urgencias

El asma precisa de un control permanente por parte del médico pediatra o por un neumólogo infantil. Además de los controles y revisiones de rutina, te aconsejamos que consultes al médico cuando

se intensifique la tos, la respiración sea más rápida, con pitos o sibilancias en el pecho, y aumente el cansancio o la fatiga con el ejercicio habitual. También cuando la saturación de oxígeno (Sat O2) del pulxiosímetro detecte cifras inferiores al 95 por ciento.

Tienes que acudir a un centro sanitario de urgencias, sin demora, cuando:

— Aparece fatiga, dificultad respiratoria franca, que se manifiesta porque tu hijo no tiene aire, dice que no puede respirar, se hunden las costillas al tomar el aire y respira con dificultad.

— Los labios y las uñas tienen una coloración azulada o morada.

— No tiene fuerza para moverse ni para andar solo, quiere permanecer sentado, no tumbado.

— No puede decir varias palabras seguidas, no tiene aire, sólo habla con monosílabos o de manera entrecortada porque se ahoga.

— Su nivel de conciencia está disminuido, parece que no te ve o que lo hace sin darse cuenta.

— La saturación de oxígeno del pulxiosímetro es inferior al 92 por ciento.

Recuerda que tu hijo puede hacer una vida normal, ser deportista incluso de élite, siempre que el asma esté adecuadamente controlada. Esto precisa a veces tratamientos crónicos durante meses o años.

17. Lesiones en la boca: úlceras, pupas y aftas. Herpes labial y estomatitis. Mucocele y fibroma

Probablemente antes o después tu hijo tendrá herpes labial y quizá al menos una vez le saldrán úlceras molestas en la boca. Éstas pueden ser tan dolorosas que llorará y no podrá comer, babeará mucho y quizá tenga fiebre. Este capítulo trata también de otras lesiones de la boca como mucocele o ránula y fibroma. Para que puedas afrontar estos procesos con tranquilidad es necesario que leas las siguientes páginas.

Lengua geográfica

Consiste en una lengua irregular, como haciendo dibujos asimétricos que simulan islas que cambian de forma, tamaño y localización dentro de la lengua. No duelen ni son síntomas de ninguna enfermedad, por lo que no necesitan estudios ni tratamiento. Es una lengua normal pero con dibujos; una variante de la normalidad (figura 16)

Qué es el herpes labial

Es una infección muy frecuente, debido a un virus llamado *virus del herpes simple*. Este virus produce vesículas o ampollitas pequeñas en los labios o alrededor de la boca; más tarde, estas vesículas se rompen produciendo una costra molesta, que en ocasiones sangra antes de desprenderse, alrededor de una semana después de haber aparecido. Popularmente se conocen también como calenturas o pupas labiales. Casi todos los adultos han padecido herpes labial al menos una vez en su vida. La mayoría vuelven a padecerlo muchas veces más, porque aunque el organismo produce anticuerpos, es incapaz de eliminar el virus definitivamente, quedando éste adormecido o asustado, hasta que reaparece un tiempo después produciendo el mismo cuadro. Algunos niños y adultos tienen con mucha frecuencia herpes labial, sobre todo cuando padecen otra infección, como neumonía o gripe, porque sus defensas deben combatir a un microbio más dañino, como si estas personas olvidasen que tienen adormecido un enemigo menor. En estas situaciones, el virus del herpes simple se envalentona, reapareciendo las vesículas, que indican la multiplicación del virus;

también reaparece el herpes labial con la tensión y el estrés, los traumatismos, incluidos los pequeños, como comerse los labios por el nerviosismo, el cansancio y la fiebre por cualquier causa.

Recuerda que el herpes labial y el herpes zóster sólo tienen en común lo parecido de su nombre. Este último está producido por otro virus, el de la varicela, llamado por ello *virus de la varicela zóster*. Puedes ampliar la información sobre el herpes zóster en el capítulo siguiente, «Varicela y herpes zóster. Dos enfermedades, un solo virus».

Qué es la gingivoestomatitis

Es una infección de la boca, no sólo de los labios, que altera mucho a los niños, se conoce también como *estomatitis aftosa*. Cuando el virus del herpes simple entra en contacto por primera vez con una persona, generalmente un niño pequeño, éste no tiene anticuerpos contra el mismo, no puede defenderse, permitiendo que el virus invasor se multiplique con facilidad. Aparece así una molesta enfermedad llamada *gingivoestomatitis herpética* o *primoinfección herpética*, por ser la primera vez que el virus del herpes simple entra en contacto con dicho individuo.

La gingivoestomatitis herpética es una infección muy llamativa que asusta al niño y a sus padres, ya que aparece bruscamente y con síntomas muy intensos. Generalmente, son niños pequeños, desde medio a seis años, afecta más raramente a niños mayores, adolescentes o adultos.

Los síntomas principales son fiebre elevada, a veces superior a los 39,5 ºC y dolor al comer y al tragar. Los niños de edad preverbal manifiestan el dolor con el rechazo total a comer y con babeo continuo, para evitar el dolor al tragar. Además existe halitosis o fetidez en el aliento, adenopatías o ganglios en el cuello, que se manifiestan por la aparición de bultos en el cuello o debajo de las orejas de tamaño variable, desde un garbanzo a una almendra. El síntoma más característico es la aparición de úlceras o aftas en la boca, encías, labios, paladar, amígdalas, lengua y debajo de ella, úlceras muy dolorosas que impiden comer (figura 17). Con mucha frecuencia, los niños sangran y manchan la almohada; esta sangre es poco roja, porque está mezclada con la saliva, procede de la inflamación de las encías (figura 18), que a veces es tan intensa que oculta los dientes, las muelas o las piezas premolares. Esta infección es muy agresiva, puede durar una o dos semanas y afecta mucho al estado vital y general del niño, que se muestra sin fuerzas, sin ganas de comer ni de jugar y muy decaído; el niño pierde peso y tiene riesgo

de deshidratarse porque ni come ni bebe.

Qué hacer si tu hijo tiene gingivoestomatitis

Ante la presencia de esta enfermedad, sigue las siguientes pautas:

— No te asustes, porque aunque es una enfermedad con síntomas muy alarmantes, tu hijo se curará definitivamente y no le quedará ninguna secuela.

— Consulta a tu médico para que confirme el diagnóstico y valore el tratamiento con medicamentos antivirales.

— Adminístrale paracetamol o ibuprofeno, no sólo cuando tenga fiebre, también para aliviar el dolor, mejor veinte o treinta minutos antes de la comida. Recuerda que la dosis de ambos se calcula por el peso, no por la edad. Tu médico te indicará la dosis. Cuando tu hijo se niegue a tomar estos medicamentos por vía oral, tienes como alternativa administrar paracetamol por vía rectal, aunque por esta vía quizá necesite una dosis mayor, ya que la absorción del fármaco puede ser incompleta.

— Ofrécele líquidos con mucha frecuencia, fríos o frescos, no calientes. Puede ser cualquier líquido, el que él prefiera: caldos, consomés, líquidos de rehidratación oral, leche, batidos, agua... Los líquidos ácidos, por ejemplo el zumo de naranja, duelen mucho, no se los ofrezcas. Si se niega a tragar, ofrécele agua con una jeringuilla, la tomará mejor porque es una cantidad pequeña.

— Ofrécele comida aun sabiendo que la rechazará. Aunque tu hijo no coma nada o casi nada durante una semana, tiene reservas suficientes para no enfermar por malnutrición, perderá peso pero esto no tendrá ninguna consecuencia, lo recuperará unas semanas después. Los alimentos tienen que ser lisos, sin aristas, homogéneos y poco salados para que no molesten al pasar por la lengua, el paladar o las encías, fríos y apetitosos. Puedes probar con papillas de cereales, aunque sea un niño mayor, natillas, flan, puré de patata, sopa fría, leche o polos hechos por ti con estos ingredientes, alimentos que sólo tenga que tragar, no masticar. Los alimentos ácidos o las ensaladas con vinagre son rechazados porque producen dolor.

— Cuando las úlceras de la boca son pocas y accesibles, intenta aplicar un gel o crema anestésica que disminuya el dolor, especialmente si se utiliza antes de las comidas. No esperes demasiado de ellas, no son muy eficaces.

El aciclovir es un antibiótico específico contra este virus, puede acortar los días de enfermedad y su intensidad, pero sólo cuando se administra muy precozmente. Consúltalo con tu médico.

Evita que se contagien otras personas, sobre todo niños; como el contagio se produce a través de la saliva, lávate las manos después de limpiar a tu hijo o de estar con él. Evita que comparta cucharas, vasos, cepillos de dientes o juguetes que puedan chupar otros niños o tocar los adultos. Por ello y porque están muy abatidos no deben asistir al colegio, ni a la guardería ni a lugares donde exista riesgo de contagio.

Qué es la estomatitis aftosa recidivante

Son úlceras o aftas repetidas, que aparecen una y muchas veces más en la boca de los niños. Son dolorosas, a veces profundas, únicas o múltiples, pequeñas o grandes (figura 19), y reaparecen en períodos que varían de muchas a pocas semanas. La estomatitis aftosa recidivante es muy frecuente tanto en niños como en adolescentes y adultos, siendo muy variadas las causas que la facilitan, factores genéticos, alimenticios, traumáticos e incluso la menstruación, teniendo la infección por el virus herpes u otros virus un papel muy secundario.

No existe ningún tratamiento específico, porque se desconoce la causa exacta que lo produce, sólo se conocen las causas que predisponen a padecerla. La limpieza o el enjuague con clorhexidina al 0,2 por ciento en colutorio o en gel, tres veces al día, sin tragarlo, reduce la duración de las lesiones. Este tratamiento no debe prolongarse más de dos semanas, porque puede teñir los dientes.

Las pomadas o geles con corticoides de aplicación local en las aftas pueden disminuir el dolor y quizá acelerar la curación.

Qué hacer si tu hijo tiene herpes labial

El herpes labial no tiene ninguna importancia, puede ser algo molesto, pero es inofensivo. Puedes aplicar vaselina sobre las lesiones del herpes, consigue ablandar las costras permitiendo su desprendimiento sin sangrado.

Las pomadas de aciclovir labial son poco efectivas; si decides aplicarlo, hazlo lo antes posible, puede acortar la duración.

Cuándo consultar de urgencia

Debes consultar de urgencia, sin demora, sólo si tu hijo padece gingivoestomatitis y además presenta:

— Síntomas de deshidratación. Se manifiesta porque su piel, la del abdomen, por ejemplo, se queda arrugada, como la de una persona

anciana, y cuando se le coge un pellizco, el pliegue de la piel no desaparece inmediatamente. Además, tu hijo tiene mucha sed, pero no puede tomar líquidos, sus ojos están hundidos y llora sin lágrimas o con pocas.

— Ausencia de orina durante más de ocho horas. Si es lactante, vigila sus pañales, si están secos durante mucho tiempo, puede estar deshidratado.

— Rechazo total a comer y beber durante más de veinticuatro horas, acompañados de fiebre permanentemente elevada.

— Si está tan abatido que no despierta o le cuesta hacerlo para volver a dormirse.

— Si la enfermedad persiste sin mejora después de una semana.

— Cuando tengas alguna pregunta que te preocupe y te angustie.

Ránula o mucocele en el suelo de la boca

Se produce por la dilatación de la glándula salival debido a la obstrucción del conducto por donde sale la saliva a la boca. Aparece como un quiste blando, redondeado, con paredes finas, que contiene un líquido claro casi transparente, como una uva en el suelo de la boca (figura 20). Cuando se rompe sale un contenido líquido, saliva o moco, que puede volver a llenarse horas o días después, por lo que en ocasiones aparece y desaparece sin que los padres sepan la causa. Generalmente no produce ningún síntoma, excepto cuando es muy grande, en cuyo caso podrían aparecer problemas en la alimentación y en el habla.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica, una cirugía sencilla y sin complicaciones.

Fibroma de boca

Consiste en una pequeña tumoración, como una verruga o nódulo redondeado del color de la carne, que un día aparece en el interior de la boca. El fibroma de boca (figura 21) no aparece bruscamente, lo hace lentamente, pero cuando se visualiza por primera vez asusta, a pesar de ser una lesión siempre benigna. Puede ser única o múltiple, no duelen y pueden desaparecer espontáneamente, aunque cuando molestan o son grandes deberían extirparse. Los fibromas se producen por el crecimiento excesivo del número de células de la mucosa de la boca debido generalmente a traumatismos pequeños, pero repetidos, de la zona donde está situado el fibroma.

18. Varicela y herpes zóster. Dos enfermedades, un solo virus

La varicela es una enfermedad infecciosa muy frecuente, que puede prevenirse con una vacuna. Contrariamente a lo que muchas personas piensan, no siempre es una enfermedad benigna, a veces se complica, pudiendo producir neumonía, encefalitis e incluso la muerte. Aunque la varicela generalmente es leve, siempre produce enfermedad, molestias y absentismo escolar en los niños y laboral en sus padres.

Qué es la varicela

Es una enfermedad producida por un virus llamado *varicela zóster*, que cuando infecta por primera vez produce varicela, pero en las siguientes reinfecciones produce otra enfermedad, llamada *herpes zóster*. Una vez que la varicela está curada, el virus persiste oculto en el cuerpo por tiempo indefinido, permanece durante toda la vida escondido en los ganglios nerviosos de la médula espinal. Desde aquí puede desplazarse hasta la piel por los nervios que transmiten las sensaciones cutáneas, originando herpes zóster. Esta enfermedad consiste en vesículas dolorosas en una zona de la piel, de las mucosas, generalmente en adultos, aunque también puede afectar a niños.

Aunque la varicela puede aparecer en cualquier edad de la vida, incluso antes de nacer, alrededor de la mitad de los casos suceden en niños menores de cinco años. Los adolescentes y adultos padecen varicela con menor frecuencia, pero es mucho más grave. Es más frecuente en primavera y en los meses fríos del año.

La varicela se padece una sola vez, la inmunidad que produce en el individuo infectado es permanente, dura toda la vida. Nunca más esta persona tendrá varicela, pero sí puede padecer una o más veces herpes zóster.

Cómo se contrae la varicela

La varicela es muy contagiosa, pasa de un individuo a otro muy rápida y fácilmente, corre como el fuego, por eso es endémica. Cuando aparece un caso en un colegio o en una comunidad, rápidamente se expande a otros muchos niños o adultos. Se contagia a través de la saliva que todas las personas emiten al hablar, toser o estornudar. Así se expulsan gotitas muy pequeñas que contienen el virus, gotitas que al entrar en contacto con el individuo sano, que no ha padecido la varicela y por tanto no tiene anticuerpos ni defensas preparados contra él, permite que este virus se multiplique con rapidez, originando la enfermedad. También se contagia a través del contacto directo con las lesiones vesiculosas y pustulosas que la caracterizan en la piel.

La varicela puede transmitirse al feto a través de la placenta, para ello es imprescindible que la madre no la haya padecido antes. Cuando esto sucede en las primeras veinte semanas de gestación, el feto puede sufrir graves malformaciones en su desarrollo o morir. Cuando la madre tiene la varicela entre la semana vigésima de gestación y veintiún días antes del parto, el feto sufre una infección leve, que no suele producirle ningún problema. Sin embargo, cuando el bebé ha sido contagiado en los días anteriores a su nacimiento, el recién nacido padece una varicela tan grave que la muerte se produce en uno de cada tres o cuatro niños, y que afecta al cerebro, al pulmón y al hígado.

El período de incubación de la varicela dura alrededor de dos semanas. Esto significa que si tu hijo no está vacunado y ha estado en contacto con una persona que padece varicela, debes vigilar la aparición de las lesiones características de la piel alrededor de catorce días después del contacto. Unos días antes puede existir fiebre, pero no elevada, lógicamente si ha sido contagiado. Si en este tiempo, dos semanas, no aparece el exantema es que no ha sido contagiado y para evitar que enferme en el siguiente contacto deberías vacunarle contra esta enfermedad. Si incubando la enfermedad es vacunado, posiblemente la padecerá, pero de una manera más débil.

Cómo se manifiesta la varicela

El cuadro clínico y los síntomas son inconfundibles. Después de uno o dos días de fiebre y malestar, como si incubara algo, aparece un exantema, es decir, unas manchas rojizas que evolucionan en pocas horas, convirtiéndose en vesículas de unos milímetros de diámetro, o pequeñas ampollas que contienen un líquido claro, rodeadas de un halo enrojecido. Estas vesículas se convierten en pocas horas en pústulas, llamadas así porque contienen un líquido purulento, más tarde en costras que al desprenderse dejan de contagiar (figura 22). Estas lesiones pueden aparecer en cualquier parte de la superficie del cuerpo, incluido el cuero cabelludo, también en las mucosas de la boca, en las conjuntivas y en los genitales.

Todas estas lesiones de la piel tienen tres características. La primera es que evolucionan muy rápidamente, en doce o veinticuatro horas pasan de exantema a vesícula, y doce o veinticuatro horas más tarde ya son pústula, y doce o veinticuatro horas después pasan a costra. La segunda característica es que pican, lo que obliga al que las padece a rascarse, infectándose por las bacterias contenidas en sus manos y uñas. La tercera característica es que mientras unas lesiones finalizan su vida al quedar en fase de costra, otras comienzan, apareciendo generalmente en forma de brotes varias a la vez. Aunque estas lesiones de la piel pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, son más frecuentes en el tronco que en las extremidades, muy infrecuentes en las palmas de las manos y de los pies. El número de lesiones es muy variable, oscila desde pocas, una docena, hasta cientos, incluso toda o casi toda la superficie corporal, esto depende de la virulencia del virus y del estado inmunitario del paciente. Los adolescentes y adultos suelen tener cientos de vesículas y costras.

Además puede existir fiebre, decaimiento, dolor corporal y falta de apetito, raramente existen vómitos y diarrea.

Cuando todas las lesiones están en fase de costra, el paciente puede hacer vida social y escolar normal, porque deja de contagiar. Esto sucede alrededor de siete días después de aparecer la primera lesión.

Aunque la varicela suele ser una enfermedad benigna puede complicarse, incluso producir la muerte en individuos previamente sanos. La varicela es muy grave en los pacientes inmunodeprimidos, los que padecen alguna enfermedad que condiciona insuficiencia o incapacidad del sistema inmunitario, por ejemplo leucemia, cáncer, artritis reumatoide, lupus eritematoso y otras. También es grave en las personas que reciben algún tratamiento médico que deprima el sistema inmunitario, por ejemplo, quimioterapia o corticoides. Las complicaciones más frecuentes de la varicela son la sobreinfección de las lesiones de la piel, la neumonía y la encefalitis, una afectación

grave del cerebro que puede dejar secuelas.

Cómo se manifiesta el herpes zóster

Son placas de lesiones con vesículas muy pequeñas (figuras 23 y 24). Esta infección habitualmente produce dolor y picor, y persiste entre una y cuatro semanas. En la cara pueden producir lesiones oculares y parálisis del nervio facial, el encargado de mover los músculos de la cara, quedándose el paciente con media cara totalmente paralizada o semiparalizada. La parálisis facial se reconoce porque el afectado no puede cerrar el párpado y al sonreír la boca se desplaza hacia la hemicara, donde el nervio funciona adecuadamente, porque los músculos de la otra hemicara no reciben la orden precisa para moverse.

Qué hacer si tu hijo tiene varicela

En caso de contagio, sigue estos consejos:

— Evita el contacto con otros niños y con adultos que no hayan padecido la enfermedad. Por tanto, no puede asistir al colegio ni a lugares públicos o privados donde estén personas desconocidas. Puede salir de paseo siempre que no esté en contacto con desconocidos.

— Evita la exposición al sol.

— Córtale y cepíllale las uñas a menudo, para evitar el rascado y la sobreinfección de las lesiones cutáneas.

— Adminístrale paracetamol o ibuprofeno para combatir la fiebre y el malestar general. Nunca utilices aspirina, puede provocar en estos niños una grave enfermedad llamada síndrome de Reye.

— Aséale y báñale con normalidad.

— Si el picor es muy intenso, consulta a tu médico, existe la posibilidad de administrarle medicación antihistamínica que disminuya el picor.

— El tratamiento con un antibiótico específico contra este virus, llamado *aciclovir*, por vía oral puede acortar la evolución de la enfermedad, siempre que se comience el tratamiento en las primeras horas de aparición de las lesiones, después es ineficaz. Su uso depende de la gravedad inicial, tu médico te aconsejará.

Cuándo consultar de urgencia, sin demora

La visita a urgencias es obligada en los casos que te indicamos:

— Si estando embarazada padeces varicela.

— Si tu hijo recién nacido tiene lesiones de varicela en el primer mes de vida.

— Si tu hijo tiene cáncer o sus defensas están disminuidas por otra enfermedad.

— Si recibe crónicamente corticoides por vía oral, no por vía inhalatoria.

— Si está en tratamiento con quimioterapia u otros fármacos depresores de la inmunidad.

— Si tiene un brote de dermatitis atópica intensa.

— Si las lesiones de la piel son hemorrágicas o aparece un punteado rojo, que no desaparece al estirar la piel donde están situados, porque son hemorragias cutáneas llamadas *petequias* o *equimosis* (signo del vaso positivo, figura 9).

— Si la fiebre reaparece después de haber remitido. Cuando la fiebre es elevada y se acompaña de un sarpullido en la piel rojizo y generalizado, que afecta más a axilas e ingles, como una quemadura de sol.

— Si el niño está muy decaído, deja de interesarse por las cosas que le gustan o tiene tendencia al sueño y te cuesta trabajo despertarle.

— Cuando anda con dificultad, de manera inestable, como si estuviera borracho.

— Si aparecen convulsiones o ataque epiléptico.

— Cuando te preocupa cómo está evolucionando y tienes algunas preguntas que necesitan respuestas sin demora.

Recuerda que la varicela es mucho más grave en los recién nacidos y en los adolescentes. En el resto de los niños suele ser de evolución benigna, pero siempre produce malestar, fiebre y absentismo en las actividades diarias, laborales, sociales o escolares. La vacunación previene con alta eficacia esta enfermedad. Puedes ampliar la información sobre este tema en el capítulo «Vacunas, lo mejor para la salud».

19. Escarlatina. Una enfermedad que persiste

La escarlatina parece una enfermedad del pasado, pero es del presente. Constantemente continúan apareciendo nuevos casos que sorprenden y asustan a los padres que, generalmente, creen que es una enfermedad del pasado, inexistente en la actualidad y grave. Estas falsas ideas proceden de libros o películas famosas como *Mujercitas* o *Lo que el viento se llevó*, en las que los protagonistas que sufrían esta enfermedad estaban muy graves, incluso morían.

La escarlatina es una infección de la garganta que produce un sarpullido o enrojecimiento en la piel (figura 25) y fiebre. En el pasado, antes de la existencia de los antibióticos, la enfermedad era grave, incluso mortal; en la actualidad, sin embargo, es menos frecuente, sin ser rara, es de fácil tratamiento y de curación rápida.

Cómo se produce la escarlatina

Se produce por la invasión, a través de la garganta, de una bacteria llamada *estreptococo*. Estos gérmenes entran en la persona contagiada por la vía aérea, a través de gotitas de saliva que se expulsan con la tos o el estornudo procedente de una persona enferma o portadora de este microbio. El contagio por tanto es directo, de persona a persona, por eso los nuevos casos aparecen de uno en uno, aunque ocasionalmente pueden aparecer pequeñas epidemias, que afectan a varias personas simultáneamente, generalmente en instituciones escolares. De manera infrecuente, el microbio puede ser contagiado de forma indirecta a través de objetos contaminados, que entran en el organismo a través de la garganta por cucharas, cepillos de dientes, caramelos o a través de la piel por heridas contaminadas.

El estreptococo responsable de la escarlatina, situado en la garganta, libera una especie de veneno, llamado *toxina*, que circula por la sangre y es la responsable de la fiebre y del sarpullido. Unos días después del contagio, una vez pasado el período de incubación que es de dos a cinco días, aparecen los primeros síntomas. Existen otros tipos de estreptococos no productores de toxinas, capaces de originar enfermedades infecciosas diferentes a la escarlatina, infecciones en las amígdalas, en los riñones o en la piel.

Quién puede padecer escarlatina

Sólo las personas que no hayan padecido antes escarlatina pueden tener esta enfermedad. Generalmente, son niños mayores de dos años, en los de menor edad es muy raro, tampoco es frecuente en mayores de diez años o adolescentes, aunque pueden tenerla. La frecuencia es similar en ambos sexos, mayor en los meses fríos y en primavera. El organismo infectado produce anticuerpos contra las toxinas, que pueden ser de tres tipos: A, B y C; por ello se puede padecer tres veces una enfermedad similar a la escarlatina.

Cómo se manifiesta la escarlatina

El primer síntoma suele ser fiebre alta, que aparece bruscamente, sin embargo, la existencia de fiebre poco elevada no descarta esta enfermedad. Después aparecen vómitos, escalofríos, dolor de cabeza y de garganta, más intenso al tragar. Uno o dos días más tarde se inicia una erupción o sarpullido rojo, formado por puntitos o elementos muy pequeños, inicialmente en el cuello, parte superior del tronco y axila, más tarde puede generalizarse a la cara, abdomen y extremidades. Es característico que el sarpullido no afecte a la zona alrededor de la boca, el triángulo que existe entre la nariz y las comisuras bucales, por eso la cara y las mejillas están enrojecidas por el sarpullido, mientras la zona del bigote está pálida. El exantema de la escarlatina es peculiar, contrariamente a otros *rash* infecciosos, afecta a las zonas de flexión de las extremidades, codos, axilas e ingles (figura 25), característica que sirve para diferenciarla de otras enfermedades infecciosas. Este sarpullido o *rash* es a veces tan tenue que apenas se ve, pero si se toca, la piel adquiere una rugosidad o aspereza parecida a la lija. El exantema no pica o lo hace muy levemente.

Es muy importante diferenciar este exantema de las petequias, un síntoma que puede acompañar a enfermedades muy graves. En la escarlatina, el exantema o sarpullido desaparece momentáneamente al estirar la piel o al presionarla con un vaso transparente, mientras que las petequias no desaparecen, porque son pequeñas hemorragias de la piel (figura 9). Puedes leer más sobre sarpullidos en la piel en el capítulo siguiente.

En la escarlatina, la lengua puede tener un aspecto rojo brillante y estar cubierta con una película o revestimiento blanquecino, que cuando se desprende deja la lengua roja como una frambuesa. Las amígdalas suelen aumentar de tamaño, estar rojas y con un exudado o

una película blanca, que pueden preceder al exantema.

Una semana más tarde, el sarpullido rojo comienza a desaparecer, pudiendo la piel descamarse o pelarse, proceso que suele durar unos días, incluso semanas.

Qué hacer si tu hijo tiene escarlatina

Si presenta los síntomas anteriores, tu hijo puede tener escarlatina; con esta sospecha:

— Solicita consulta médica para confirmar el diagnóstico y, de ser así, iniciar el tratamiento antibiótico. Hasta veinticuatro horas después de comenzar con el antibiótico tu hijo puede contagiar a niños o adultos, por ello no debe asistir al colegio ni a reuniones sociales.

— Ofrécele líquidos frecuentemente. Aunque se niegue a comer, porque al tragar le duele, insiste en que beba cualquier tipo de líquido: agua, zumos, leche... Las personas con fiebre necesitan más agua, porque su evaporación por la piel es el principal método para refrigerar el cuerpo; además, al comer menos, se deja de ingerir el agua procedente de los alimentos.

— Si tiene fiebre, dolor de cabeza, garganta o malestar general, ofrécele ibuprofeno o paracetamol. Recuerda que la dosis de estos medicamentos se calcula por el peso, no por la edad. Tu médico te indicará la dosis. Si le duele sólo la garganta, puedes aliviársela mediante gárgaras con agua tibia salada.

— Aunque te parezca que tu hijo mejora espontáneamente sin antibiótico, esta infección puede producir complicaciones graves, con afectación del riñón o del corazón, también puede originar fiebre reumática; por ello, consulta con tu médico y sigue sus instrucciones.

Cómo se confirma el diagnóstico de escarlatina

Aunque los médicos experimentados pueden realizar el diagnóstico simplemente con la clínica, con los síntomas y con la exploración, la confirmación se establece mediante la identificación de la bacteria en la garganta. Esto puede realizarse de dos maneras, una rápida en la misma consulta, tomando con una torunda de algodón la secreción de la garganta y aplicando a esta muestra un test rápido y fiable cuyo resultado está disponible en unos minutos. La otra forma requiere del envío de la muestra a un laboratorio de microbiología para el sembrado y procesado, técnica que precisa al menos cuarenta y ocho horas.

Cuál es el tratamiento de la escarlatina

El tratamiento es muy sencillo. Se realiza con penicilina por vía oral, dos dosis cada día, durante diez días. Esta duración es muy importante porque es la única forma de asegurar que en el futuro no se producirá fiebre reumática ni otras complicaciones. Como los síntomas de la escarlatina pueden desaparecer en los primeros días de recibir el antibiótico, algunos padres tienen la intención de retirarlo, pensando erróneamente que la enfermedad está ya curada.

Cuándo consultar de urgencia

En general no es preciso que consultes de urgencia, pero sí de forma programada. Consulta de urgencia sin demora si observas en tu hijo estos síntomas:

— Tiene fiebre y el *rash* no desaparece al estirar la piel o al apoyar un vaso transparente, síntoma sospechoso de ser petequias y quizá una enfermedad grave (signo del vaso positivo, figura 9).

— Si se niega a comer o beber durante más de doce horas. También cuando la cantidad de orina es muy escasa o ninguna en las últimas ocho horas.

— Si le encuentras muy abatido, no te contesta o no le interesa nada de lo que le rodea.

— Cuando en las siguientes dos o tres semanas su orina es de color oscuro, como agua de lavar carne o como coñac.

— Si te encuentras muy preocupada por la enfermedad de tu hijo o si tienes alguna pregunta que hacer que te angustia.

20. Exantemas. Sarpullidos en la piel

La aparición de un sarpullido, llamado técnicamente *exantema* o *rash*, es un síntoma muy frecuente en los niños. Acompaña a enfermedades generalmente febriles. Existen varias docenas de gérmenes que producen exantema y fiebre, aunque la mayoría de las veces la infección está producida por virus, resolviéndose sin tratamiento en pocos días. Algunas veces exantema y fiebre pueden corresponder a una infección grave que debe ser detectada rápidamente, porque la supervivencia depende de la precocidad del tratamiento.

El objetivo de este capítulo es que conozcas las causas más frecuentes de los exantemas y que aprendas a diferenciar los exantemas benignos, aquellos que precisan un diagnóstico preciso pero sin premura, de los exantemas potencialmente graves. Éstos no pueden esperar para ser diagnosticados y tratados, necesitan una consulta urgente sin demora.

Qué es un exantema

Son manchas en la piel, generalmente de color rosado o rojo, como una erupción cutánea o sarpullido, que afecta a amplias zonas (figura 26); suele comenzar por una parte del cuerpo, extendiéndose en las siguientes horas o días por otras zonas, pudiendo abarcar toda o casi toda la piel. Cuando se acompaña de fiebre se llama *exantema febril* y en estos casos casi siempre es debido a una infección.

El lugar de inicio del sarpullido, su extensión, el tipo específico de exantema, la época del año y los síntomas acompañantes permiten al médico diagnosticar la causa del exantema. Es muy importante para los padres averiguar si estos exantemas desaparecen o no, para lo cual puedes utilizar dos métodos; uno es observar si al estirar la piel, ésta queda de un color pálido, reapareciendo el exantema al dejar de

estirar; puedes utilizar también la prueba del vaso (figura 9) —consiste en apretar con un vaso de cristal transparente una zona con exantema, si desaparece, probablemente se trata de uno de los múltiples exantemas benignos—. Cuando con cualquiera de estas dos pruebas persiste el punteado rojizo, el sarpullido, posiblemente se trata de hemorragias de la piel, no de un exantema benigno. Estas hemorragias, llamadas técnicamente *petequias* (figura 27), suelen acompañar a los exantemas graves. En estos casos es imprescindible realizar una consulta urgente, porque podría tratarse de una grave enfermedad que precisa diagnóstico y tratamiento urgente, sin demora.

Algunos exantemas pican ligeramente, como el exantema de la escarlatina o de la varicela. Sin embargo, la mayoría ni pican ni molestan, tampoco tienen relieve y al pasar la mano por encima no se nota la rugosidad, excepto con la escarlatina, con la que la piel parece de gallina o es áspera como la lija, y con la varicela, que provoca vesículas o pequeñas ampollas.

En ocasiones, el *rash* respeta algunas zonas del cuerpo, como en la mayoría de los exantemas víricos, en los que el exantema afecta a todo el cuerpo excepto a los pliegues de flexión de las extremidades, quedando la ingle, las axilas y el interior de los codos libres de manchas.

Otras veces el sarpullido predomina en la cara, en ambas mejillas, como si el niño hubiera recibido una bofetada, característica que acompaña a la infección por un virus llamado *Parvovirus B19* o *quinta enfermedad* (figuras 28 y 29).

Cuando el exantema respeta el triángulo del bigote, el que está entre la nariz y la boca, que permanece pálido, mientras el resto de la cara, tronco y extremidades está cubierto de un sarpullido rojo y fino, seguramente se trata de una escarlatina. La mononucleosis infecciosa o enfermedad del beso produce, aunque en raras ocasiones, un exantema en tronco y extremidades (figura 30), que se hace más intenso cuando los pacientes reciben como tratamiento un antibiótico llamado *ampicilina* o *amoxicilina*, antibiótico que es inútil, ya que ninguno es eficaz en esta enfermedad. Podrás obtener más información en el capítulo «Mononucleosis infecciosa. La enfermedad del beso».

Algunos exantemas son con pápulas o con vesículas, centradas o no, que recuerdan a pequeños granitos cuyo vértice termina en una pequeña costra, vesícula o ampolla, con un contenido acuoso, que más tarde se rompen y se ulceran. Los exantemas con pápulas o vesículas suelen estar producidos por un virus de la familia de los herpes.

Cuando estas lesiones de piel están en diferentes estadios de evolución —es decir, mientras unas lesiones nacen, otras están en fase de vesícula o de costra—, probablemente corresponden a una varicela (figura 22). En este caso, las lesiones se distribuyen en el cuero cabelludo, tronco y extremidades, mientras que probablemente corresponden a un herpes zóster si las lesiones están localizadas en una única zona de la cara o del tronco (figuras 23 y 24). Puedes leer más sobre ello en el capítulo «Varicela y herpes zóster. Dos enfermedades, un solo virus».

Las pápulas y vesículas pueden situarse sólo en la palma y bordes de las manos y de los pies, así como en la boca (figura 31), en cuyo caso posiblemente se trate de una enfermedad vírica, benigna, llamada *enfermedad manos-boca-pie*.

Los síntomas que acompañan al exantema pueden ayudarte a conocer el diagnóstico aproximado y a decidir la actitud que debes tomar con tu hijo. Si éste sólo tiene fiebre y exantema que no le pica, no se rasca, no está inquieto, juega, está despierto, contento, bebe y come aceptablemente, puedes esperar a ver cómo evoluciona el exantema y los síntomas. Algunos niños, generalmente menores de tres años, tienen sólo fiebre elevada, sin ningún síntoma, pero al tercer o cuarto día desaparece bruscamente la fiebre para dar lugar a un exantema generalizado (figura 26); esta enfermedad se denomina *exantema súbito* y se cura sin tratamiento.

El exantema que se acompaña de fiebre duradera, con enrojecimiento de las conjuntivas, que es la parte blanca de los ojos, como una conjuntivitis, pero sin secreción purulenta, sin legañas y con los labios muy rojos y agrietados (figura 32), precisa consulta médica urgente. Sobre todo si la fiebre continúa más de cuatro días, ya que puede tratarse de una rara, pero curable, enfermedad llamada de *Kawasaki*.

El exantema febril acompañado de anginas, amígdalas grandes, rojas y cubiertas con un exudado blanco o placas blancas (figura 11), seguramente corresponde a una de estas dos enfermedades: escarlatina o mononucleosis infecciosa. En ambos casos pueden existir adenopatías o ganglios inflamados en el cuello. Si lo deseas, puedes ampliar información de estas enfermedades en otras páginas de esta guía.

A continuación se describen resumidamente algunas de las enfermedades que cursan con exantema, no desarrolladas en otros capítulos de este libro.

Enfermedades con exantema y fiebre

Exantema súbito
Es una enfermedad frecuente que afecta sobre todo a niños menores de tres años. Está producida por un virus que origina fiebre muy elevada, generalmente bien tolerada, porque cuando remite con antitérmicos, el niño está contento. Durante tres o cuatro días sólo existe fiebre sin ningún otro síntoma. Después, desaparece la fiebre a la vez que aparece un exantema o sarpullido fino, rosáceo, que se inicia en el tronco y se extiende a cuello y extremidades para desaparecer uno o dos días después (figura 26). Es una enfermedad infecciosa benigna que no precisa tratamiento, pero sí la confirmación diagnóstica, por lo que te aconsejamos consultar a tu médico.

Sarampión
Es una enfermedad del pasado, prácticamente desaparecida del mundo desarrollado o en vías de desarrollo. Los niños están protegidos por la vacuna contra el sarampión, incluida en la vacuna triple viral (sarampión, rubéola, paperas), vacuna que se administra universalmente hacia los catorce meses de edad y un recuerdo a los cuatro o seis años. El sarampión produce un catarro febril con mucosidad nasal, conjuntivitis y tos de una semana de duración. Después se inicia un exantema o *rash* que comienza detrás de las orejas y en la cara para extenderse rápidamente hacia abajo, hasta llegar a las piernas. El sarampión puede prevenirse con la vacuna, pero no tratarse, pues los antibióticos no son eficaces.

Rubéola
Consiste en una infección vírica, casi inexistente en la actualidad gracias a la vacunación sistemática triple viral. Produce un cuadro parecido, más benigno que el anterior, consistente en catarro, fiebre y exantema, por lo que comenzó llamándose *sarampión alemán*. La rubéola es una enfermedad benigna que no tiene ninguna consecuencia, excepto para el feto de las mujeres embarazadas que padecen rubéola durante los primeros meses de gestación; para éste resulta muy grave.

Eritema infeccioso
Se conoce también con otros nombres, como *quinta enfermedad* y *megaloeritema*. Es una infección producida por un virus llamado *Parvovirus B19*. La enfermedad pasa muchas veces desapercibida porque sus síntomas pueden ser muy escasos, consisten en

enrojecimiento en los mofletes de la cara, como si el niño hubiera recibido una bofetada (figura 28). A veces aparece después un exantema en los brazos, piernas, nalgas (figura 29) o abdomen que puede desaparecer y aparecer en los siguientes días, especialmente cuando el niño se frota o se baña con agua caliente. La infección es autolimitada, desaparece sola, sin tratamiento. En ocasiones, el exantema puede durar semanas.

Otras infecciones víricas
Diferentes virus de la familia de los enterovirus pueden producir, sobre todo en otoño y verano, exantemas y *rash* cutáneos. Algunas veces se acompañan de diarrea, vómitos, catarro respiratorio o únicamente de fiebre. Algunos enterovirus pueden incluso producir meningitis generalmente benigna, se curan sin antibióticos y no dejan secuelas.

Enfermedad de Kawasaki
Es una enfermedad de origen desconocido que ataca habitualmente a niños menores de cinco años. Puede producir, cuando no se trata adecuadamente, lesiones en las arterias coronarias del corazón y en otras arterias que originan secuelas duraderas o permanentes. La enfermedad produce fiebre durante más de cuatro días, fiebre que persiste a pesar del tratamiento con antibióticos, un exantema de características muy variables e inyección conjuntival. Los ojos están rojos, sin secreción ni legañas, los labios agrietados y enrojecidos (figura 32), y días después se descaman, igual que la piel de los dedos. La sospecha de esta enfermedad obliga a la realización de una ecografía cardíaca, análisis de sangre y un tratamiento intravenoso, con el que se evitan las lesiones de las arterias especialmente las del corazón; por todo ello precisa hospitalización.

Exantema por infecciones bacterianas graves
Algunas infecciones muy graves están producidas por bacterias, las más conocidas están originadas por los microbios meningococos y neumococos. Estas infecciones cursan con fiebre y exantema con petequias. Cuando el tratamiento no se inicia inmediatamente y la infección es muy grave, puede ser incluso mortal. Estas infecciones, llamadas técnicamente *sepsis* o *septicemia*, consisten en la entrada de bacterias en la sangre, desde donde se esparcen y diseminan, enfermando rápidamente el resto de los órganos imprescindibles para la vida. Se afectan así los pulmones, el corazón, los riñones y la coagulación de la sangre. Los niños más pequeños, incapaces de

expresarse verbalmente, están inmóviles y con un llanto intenso, que alternan con un gran decaimiento. Los niños mayores manifiestan fiebre, dolor muscular, de piernas y brazos, decaimiento intenso y exantema con petequias —manchas rojas, pequeñas, de un milímetro de diámetro o menos (figura 27), que en unas horas se hacen mayores y más frecuentes—, que se caracterizan porque al estirarlas o al presionar con un vaso de cristal transparente no desaparecen. El exantema viral, benigno, el que acompaña a las enfermedades descritas en este capítulo, sí desaparece mientras se presiona o se estira la piel.

Siempre que tu hijo tenga fiebre y exantema, haz la prueba del vaso (figura 9). Cuando tu hijo tenga fiebre sin ninguna causa aparente, sin ningún otro síntoma, te aconsejamos que le desnudes para observar su piel con una buena luz. La presencia de petequias por debajo de las tetillas es suficiente para que consultes sin demora, unas horas de diferencia pueden ser demasiado tarde.

Exantemas sin fiebre

Los niños pueden tener exantemas sin fiebre, provocados por causas diferentes a la infección. Las dos más importantes, aunque son poco frecuentes, cursan con exantemas y petequias gruesas, llamados *exantemas purpúricos*. Aunque son manchas rojas en la piel que no desaparecen con la prueba del vaso, no se acompañan de fiebre ni de decaimiento, pero pueden existir otros síntomas. Éstas son las dos enfermedades principales:

— Púrpura anafilactoide, llamada también *púrpura de Schönlein-Henoch*. Consiste en manchas rojas, manchas con relieve que a veces pican, distribuidas sobre todo en las piernas y los glúteos, en el culito, a veces también en codos y brazos (figuras 33 y 34). A veces se acompaña de dolor abdominal, dolor e inflamación de las articulaciones, diarrea con sangre y orinas de color oscuro, como coñac o como agua de lavar carne.

— Púrpura trombocitopénica. Conocida como PTI (trombocitopenia inmune). Se manifiesta por petequias múltiples, muy pequeñas, de menos de un milímetro, distribuidas por toda la superficie del cuerpo, sin ningún otro síntoma. Los niños están bien, no tienen fiebre, comen y juegan bien; con frecuencia existe el antecedente de haber padecido una infección, generalmente catarral o una gripe unas semanas antes. Esta enfermedad consiste en la destrucción de las plaquetas, que son partículas que circulan por la sangre encargadas de evitar el sangrado, actúan como ladrillos que reparan la pared de los vasos sanguíneos defectuosos o rotos por un

golpe o por enfermedad, impidiendo la salida de sangre. El diagnóstico precisa análisis de sangre y el recuento de estas plaquetas, y el tratamiento requiere ingreso hospitalario.

Cuándo consultar de urgencia

Aunque la mayoría de las veces los exantemas, febriles o no, corresponden a enfermedades leves, generalmente infecciones víricas, debes consultar de urgencia, sin demora, si tu hijo tiene uno o más de los siguientes síntomas:

— Fiebre y exantema petequial. Consiste en manchas rojas que no desaparecen mientras las aprietas con un vaso transparente (prueba del vaso positiva).

— Fiebre y exantema acompañado de dolor intenso de brazos o piernas.

— Fiebre y frialdad de piernas, de manos y de pies.

— Fiebre y exantema con o sin habones, hinchazón de labios y lengua o coloración oscura, azulada de los labios.

— Fiebre, exantema y disminución del nivel de conciencia, tu hijo se muestra dormido, despierta con dificultad para quedarse nueva y rápidamente dormido.

— Orinas de color oscuro, como agua de lavar carne o coñac.

— Fiebre de varios días de duración, exantema, enrojecimiento de la conjuntiva de los ojos y de los labios.

— Consulta también siempre que tu hijo esté muy decaído, sobre todo cuando la fiebre ha desaparecido, porque con fiebre alta es normal el decaimiento.

21. Estreñimiento. Realiza el tratamiento

El estreñimiento es tan frecuente en los niños como desconocido para sus padres, que muchas veces ignoran cuál es la frecuencia normal para evacuar y cuántas veces defecan sus hijos. Además, los niños estreñidos suelen convertirse en adultos con el mismo problema, y es responsabilidad de los padres evitar para ahora y para el futuro este trastorno crónico generador de molestias e incomodidad. En las siguientes páginas aprenderás a prevenir el estreñimiento, a manejar la dieta adecuada y a realizar el tratamiento en tu domicilio.

Qué es el estreñimiento

Es un trastorno digestivo caracterizado por realizar pocas evacuaciones o por deposiciones duras o con dolor. Estreñimiento no es sólo la expulsión de heces duras, poco frecuentes, sino también las eliminadas regularmente con dificultad, dolor o de forma incompleta, aun manteniendo una frecuencia normal.

El número de evacuaciones de los niños pequeños es diferente al de los niños en edad escolar y al de los adultos. Las características y la frecuencia de las deposiciones son individuales, diferentes en cada uno y variables según el tipo de vida, dieta y edad. Los recién nacidos, durante las primeras semanas de vida, pueden hacer muchas deposiciones, incluso una cada vez que comen, siete u ocho veces al día. Esto es debido a que tienen un reflejo que consiste en mover rápidamente el intestino cada vez que se alimentan. Una vez que desaparece este reflejo, a las tres o cuatro semanas de edad, los lactantes disminuyen el número de deposiciones, dos o tres al día si toman el pecho o una al día si reciben lactancia artificial, aunque esta frecuencia es muy variable. La leche se absorbe casi totalmente, no tiene residuos y los niños no defecan porque no tienen nada que

evacuar. A partir de los seis meses, cuando ya toman frutas y verduras, alimentos ricos en residuos, los niños deben hacer, al menos, una deposición al día, o al menos cada dos días.

Por tanto, un lactante se considera estreñido si recibe pecho y hace menos de una deposición al día, aunque a veces realizan una blanda cada 2-3 días, o si está alimentado con biberón de leche artificial y realiza menos de una deposición al día.

Son estreñidos los niños mayores que evacuan menos de tres veces a la semana y también aquellos que, evacuando con más frecuencia, lo hacen de forma incompleta o son heces duras expulsadas con dolor.

Por qué se produce el estreñimiento

En la mayoría de los casos, más del 90 por ciento, el estreñimiento es funcional, no existe ninguna enfermedad ni malformación en el intestino, se produce porque las heces permanecen más tiempo del debido en el recto y el sigma, que son los últimos tramos del intestino, tiempo que el organismo utiliza para absorber el agua de las heces, desecándolas, motivo por el cual se endurecen. Las heces duras se retienen frecuentemente porque no se moldean, no se adaptan al tamaño del ano, que tiene que dilatarse mucho para poder expulsarlas, lo que produce dolor y en consecuencia la retención. Así pues, el dolor conduce a la retención y esto aumenta el tamaño de las heces que, al endurecerse, producirán mayor dolor y por ello mayor retención, estableciéndose así un círculo vicioso. Además, el intestino se dilata para albergar el mayor volumen de heces, perdiéndose así la necesidad de defecar. Los niños realizan evacuaciones incompletas, solamente de la última parte de las heces retenidas, un excremento duro, doloroso, en forma de pequeñas bolitas apelmazadas, como los excrementos de ovejas y cabras, que por ello se denominan *heces caprinas*.

Las causas que llevan al estreñimiento crónico a los niños suelen ser las siguientes:

— Dieta inadecuada, pobre en fibras (fruta, legumbres, vegetales, verduras) y rica en alimentos astringentes (plátano, arroz, alimentos ricos en hidratos de carbono y azúcares, patata, leche y productos lácteos, chucherías, golosinas y chocolate). A los niños les gustan los alimentos que estriñen y les desagradan los ricos en fibras.

— Beber poca agua. Los niños no se acuerdan o no les gusta beber líquidos y éstos son necesarios para humedecer el intestino y favorecer

la evacuación de las heces.

— Esperar demasiado para ir al baño, porque están absortos, entretenidos en el juego o en otras tareas. El niño «no tiene tiempo» para defecar o éste es insuficiente, por ejemplo, sólo los minutos que dura un anuncio de televisión.

— Sentir fobia a ir al baño, característico de los niños en edad escolar y adolescentes incapaces de defecar en sus colegios.

— Tener miedo, por haber padecido experiencias dolorosas con evacuaciones anteriores, o tener miedo cuando se les retira el pañal a no controlar sus propias heces. Esto último aparece cuando los padres son muy exigentes en el aprendizaje del control de la defecación y exigen al niño que avise antes de evacuar o le castigan si se lo hace encima. Algunas veces el niño no evacua por rebeldía contra esta disciplina.

— Experimentar un evento traumático para el mundo del niño, como puede ser el nacimiento de un nuevo hermano, el inicio o el cambio de colegio, el divorcio de los padres o el traslado de domicilio, situaciones todas ellas que producen miedo, inseguridad y tensión en los pequeños.

— Desorden en las horas de comer, comer entre horas, pero no en las comidas principales. Como el reflejo de la defecación se produce con la ingesta de alimentos, con las comidas principales, cuando ésta no existe, el reflejo y las ganas de evacuar no aparecen.

— Alguna vez, aunque es raro, el estreñimiento puede estar producido por alguna enfermedad del intestino o de otra parte del cuerpo, incluso en ocasiones puede estar relacionado con la administración de algún medicamento, por ejemplo, determinados fármacos para la tos, antiácidos o por el uso crónico de laxantes.

Cuáles son los síntomas del estreñimiento

Debes prestar atención a la presencia de estos síntomas:

— Deposiciones ausentes o infrecuentes, una cada tres, cuatro, cinco, seis días o más.

— Dolor al evacuar.

— Heces duras, a veces pequeñas bolas o muy voluminosas.

— Dolor abdominal, que generalmente aparece y desaparece.

— Sangrado anal, visible al limpiarse, o sangre en la ropa interior.

— Escape de heces involuntario en niños mayores de cuatro años.

¿Debe tratarse el estreñimiento?

Aunque los efectos del estreñimiento en los niños no son graves, sí debe tratarse. Es insano, les produce incomodidad, molestias, limita la actividad de los niños y a veces conduce a la encopresis —esto es, a la eliminación involuntaria de las heces, que se escapan, haciendo que los niños manchen la ropa, huelan mal y sientan el rechazo de sus compañeros—. En el siguiente capítulo podrás leer más detenidamente sobre este problema. Además, los niños estreñidos serán adultos estreñidos, debido a que el último tramo del intestino se dilata crónicamente y pierde la capacidad para empujar las heces hacia el exterior.

Cuál es el tratamiento del estreñimiento

El tratamiento consiste en medidas generales o higiénicas, el seguimiento de una dieta apropiada y, a veces, medicación.

Las medidas higiénicas para facilitar que tu hijo evacue adecuadamente son las siguientes:

— Si utiliza todavía pañal, cuando el niño manifiesta mediante gestos la necesidad de evacuar, túmbalo boca arriba y flexiónale las piernas sobre el abdomen una o dos veces al día. Este ejercicio y esta postura le ayudan a expulsar las heces. Cuando estas medidas no son eficaces, de vez en cuando puedes estimular la defecación introduciendo en el ano un termómetro untado con vaselina líquida o poner un supositorio de glicerina del tamaño adecuado a lactantes, que puedes comprar en la farmacia.

— Si tu hijo sabe ir solo al baño, invítale a ir después de una o dos comidas, por ejemplo, desayuno y cena, ya que la comida estimula la evacuación intestinal. Insístele para que permanezca al menos diez minutos y no permitas que se levante.

— Si los pies del niño no llegan al suelo cuando está sentado en el inodoro, ponle una silla pequeña o una caja para que pueda apoyar los pies, de forma que las rodillas estén más altas que las caderas. Esto permite utilizar la prensa abdominal, o sea, empujar con los músculos del abdomen y además se sentirá más relajado y seguro, permitiendo una más fácil defecación.

— Ofrécele mucha agua y zumos de frutas naturales sin colar.

— Haz que el aprendizaje del control de la evacuación intestinal sea divertido, y nunca traumático para el niño. Puedes intentar enseñarle si tu hijo te lo pide, o si lo acepta, a partir del segundo año de vida. Nunca debes enfadarte porque fracase y manche la ropa interior.

— Felicítale por intentar defecar en el baño por algún tiempo. Felicítale tanto si evacua como si no.

— Anímale a hacer ejercicio físico, ya que la vida sedentaria entorpece la función intestinal.

— Si al limpiarle aparece alguna mancha roja, de sangre, probablemente tu hijo tiene una fisura anal que necesitarás confirmar con una consulta a tu pediatra. Las fisuras son dolorosas, especialmente cuando el ano se dilata para defecar, dolor que interrumpe el proceso de evacuación, iniciándose el círculo vicioso de dolor-retención-dilatación intestinal-heces más voluminosas-mayor dolor.

— Sé paciente con el estreñimiento de tu hijo. Su solución puede tardar semanas o meses.

— Si tu hijo no realiza deposiciones cuando le estás acostumbrando a dejar los pañales, interrumpe el proceso de aprendizaje, vuelve a ponerle los pañales. El niño se resiste a este cambio, inténtalo de nuevo más adelante.

Cuál es la dieta adecuada

La dieta adecuada para combatir el estreñimiento es la que tiene mucha fibra, residuos vegetales no absorbibles por el organismo. Éstos arrastran las heces hacia el exterior, facilitando la evacuación intestinal.

— Si tu hijo tiene menos de seis meses, puedes administrarle zumo de fruta natural, no colada; a partir de los tres meses, manzana, naranja y pera, también debes ofrecerle biberones de agua entre las tomas de pecho o biberón. Si tu hijo recibe lactancia artificial, consulta a tu pediatra la posibilidad de cambiar a una leche que estriña menos, conocidas como *fórmulas lácteas adaptadas antiestreñimiento* o a una fórmula de leche de soja.

— Si tu hijo tiene más de seis meses, ya puede tomar alimentos ricos en fibras, cereales, frutas y verduras. Cereales de avena, una o dos veces al día, papillas de frutas bien lavadas y sin pelar (ciruelas,

pera, albaricoques), naranja, piña, kiwi y puré de verduras (puerros, judías verdes). Los mayores de un año pueden tomar también espinacas. Los plátanos y las manzanas trituradas no facilitan la evacuación, pero tampoco producen estreñimiento, ofrécele agua entre tomas.

— Si tu hijo tiene más de un año, reduce los alimentos que producen estreñimiento y aumenta los que facilitan la evacuación intestinal. Causan estreñimiento: la leche, los helados, el queso, el yogur, las zanahorias cocidas, el arroz, el chocolate y las manzanas. Facilitan la evacuación: las frutas, verduras, cereales integrales, avena, salvado sin moler, copos de salvado, galletas con alto contenido en fibra, arroz integral y pan integral. Si tu hijo tiene más de cuatro años, las palomitas de maíz tienen alto contenido en fibra. Aunque en general a los niños no les suelen gustar las verduras, varía el tipo y forma de preparación de éstas para que tu hijo no tenga que comer siempre lo mismo. Puedes introducir ciruelas pasas, uvas pasas, dátiles, higos, que cambian el sabor y tienen mucha fibra. Nunca des a tu hijo alimentos que no pueda triturar. Introduce paulatinamente platos con legumbres, guisos de lentejas, garbanzos y judías, así como platos de cuchara, sopas de verduras, menestras, calabaza...

— Con la merienda o como postre de las demás comidas ofrécele frutas sin pelar, bien lavadas, para que tome dos o tres piezas al día. Las mejores frutas para combatir el estreñimiento son el kiwi, la piña natural, la pera, la manzana y el melocotón. Si rechaza la fruta, inténtalo con zumo de frutas sin colar para que conserve la fibra de la pulpa, hecho con manzana, ciruela, pera o naranja, aunque esta última es la que menos ayuda.

— Intenta que con la cena tome carne, huevo y pescado, acompañado de guarniciones ricas en fibra, pepino, maíz, arroz integral, espárragos, brócoli, zanahoria cruda, dátiles, uvas o ciruelas pasas, tomate o lechuga.

— Procura que los bocadillos y sándwiches sean de pan integral con huevo duro, queso fresco, dulce de membrillo, jamón y, si es posible, con lechuga, tomate y aceite de oliva. Enriquece el yogur con cereales integrales, muesli o frutos en trozos.

— Utiliza las pastas y el arroz integral para preparar platos con estos ingredientes.

Qué más se puede hacer

Cuando las heces están impactadas, esto es, cuando están endurecidas, comprimidas unas contra otras y el niño intenta, pero no puede evacuar durante varios días, se le puede ayudar introduciendo un dedo con un guante, impregnado de vaselina, en el interior del recto, haciendo movimientos circulares muy suaves para dilatar el ano a la vez que se estimula la evacuación. Cuando esta práctica fracasa, puede ser necesario extraer con tu dedo las porciones de heces hasta limpiar el recto. Con ello no se soluciona el estreñimiento, ya que más arriba, donde tu dedo no llega, existen deposiciones voluminosas y duras, pero ayuda o alivia.

Son muy útiles los enemas de limpieza, bien con suero salino fisiológico, agua jabonosa, agua tibia con una cucharada de aceite o con enemas de fosfatos que puedes adquirir en la farmacia. Consulta a tu médico el tipo, volumen y frecuencia de los enemas. Existen diferentes tipos de laxantes que pueden ayudar, pero todos ellos deben ser indicados por tu pediatra.

Los lubricantes son aceites minerales, disminuyen la absorción de agua en la última parte del intestino grueso, dificultando por ello el desecamiento de las heces. Son emolientes, que ablandan e hidratan las heces.

Pueden utilizarse sin riesgo, durante largos períodos de tiempo, los azúcares no absorbibles o laxantes osmóticos.

Los supositorios de glicerina pueden ser útiles en casos de estreñimiento leve.

Consulta a tu médico sobre la conveniencia o no de administrar medicamentos y enemas de limpieza.

Cuándo consultar al médico

Acude al médico si el estreñimiento no se resuelve con las medidas anteriores, que se resumen en una dieta apropiada y en la modificación en los hábitos. Además, debes consultar:

— Si aparecen manchas de sangre en las heces, en la ropa interior o en el papel higiénico.

— Si existe dolor abdominal persistente, que no desaparece espontáneamente o se repite.

— Si tiene encopresis o escape involuntario de las heces. Puedes ampliar la información en el siguiente capítulo.

— Si no avanza en la retirada del pañal.

— Si estás preocupada por el estreñimiento.

22. Incontinencia fecal o encopresis

Algunos niños con edad para controlar la evacuación de sus heces no lo hacen, manchan con sus deposiciones la ropa interior, por lo que son el hazmerreír de los demás niños, e incluso, a veces, son despreciados por sus padres y rechazados por los adultos. No es un trastorno muy frecuente, pero sí muy dañino para el desarrollo psicológico del que lo padece. En general, los padres desconocen cómo actuar y cómo ayudar, ignorancia que sin duda disminuirá con la lectura de este capítulo.

Qué es la encopresis

Es la evacuación intestinal involuntaria de heces en lugares inadecuados, por ejemplo, en la cama o encima de la ropa, en una edad en la que el niño ya debería tener control de las deposiciones. Para que se considere encopresis, el niño ha de tener cuatro años o más y ensuciarse la ropa interior con excrementos, al menos una vez al mes durante tres meses.

Es mucho menos frecuente que la enuresis (hacerse pis en la cama), pero más dramática, aunque muchas veces enuresis y encopresis van juntas, aparecen en el mismo niño. Sucede en dos de cada cien niños mayores de cinco años, generalmente niños estreñidos. Los niños con encopresis no son felices, sufren porque se sienten disminuidos, tienen rabia y frustración porque quieren ser como los demás, pero no pueden. Desconocen la causa por la que manchan la ropa interior, que les hace estar incómodos, son el centro de burla de sus compañeros, que los evitan por el mal olor. Esto tiene repercusiones negativas sobre su desarrollo emocional, sobre el aprendizaje y sobre su integración social.

Existen dos tipos de emisión involuntaria de las heces: la del niño que nunca ha controlado la evacuación intestinal y la de los niños que ya la controlaban, pero vuelven a hacerse caca encima.

Por qué se produce la encopresis

La encopresis se produce generalmente por estreñimiento, a veces por

trastorno del comportamiento, fobias, frustraciones o para llamar inconscientemente la atención. Algunas raras enfermedades tienen entre sus síntomas la incapacidad para controlar la evacuación de heces, por ejemplo las malformaciones rectales, el megacolon congénito, el retraso mental... En este caso se llama *incontinencia fecal* y no *encopresis*. En la encopresis no existe ningún defecto del organismo, es una alteración de la función que controla la continencia de las heces.

Los niños estreñidos retienen y almacenan por ello grandes cantidades de heces en su intestino, obstruyendo el paso de las nuevas heces, todavía líquidas, que quieren salir al exterior. Las heces retenidas son duras, a veces casi tan duras como las piedras, motivo por el que no pueden ser evacuadas, duelen al intentar eliminarlas, y por ello quedan retenidas en el intestino. En estos casos, las deposiciones líquidas pueden resbalar entre la pared del intestino grueso, el colon y las deposiciones, escapando por el ano en forma de heces blandas, como de plastilina, muy malolientes. La ropa interior de los niños se mancha involuntariamente, los niños no saben por qué ensucian los calzoncillos o las braguitas.

Otras veces, el escape es de heces duras, aquellas retenidas que salen por rebosamiento, cuando la presión que ejercen en el interior del recto es muy alta o por relajamiento momentáneo del esfínter del ano. Los niños estreñidos tienen contracciones intestinales tendentes a evacuar, movimientos que se inhiben voluntaria o involuntariamente por el dolor que produce la expulsión del excremento voluminoso y duro. Una de estas contracciones puede progresar sin que el niño se dé cuenta, evacuándose así una pequeña porción de heces.

En condiciones normales, la evacuación de las heces, acto que se llama *defecación*, se produce porque la contracción del intestino impulsa las heces hacia el recto, que es una ampolla que, cuando se llena de materia fecal, ejerce presión para que el ano se abra y la expulse. Cuando voluntariamente se quiere retener, es necesario frenar o invertir los movimientos del intestino para que las heces salgan hacia arriba, en sentido contrario al normal.

A veces, la encopresis se inicia con un cambio traumático en la vida del niño, como la entrada o cambio de colegio, el nacimiento de un nuevo hermano, el cambio de casa, la separación de sus padres o la pérdida de un ser querido, que puede ser su perrito o su mascota. En estos casos, la encopresis está significando la regresión del niño a épocas anteriores, es un lamento inconsciente porque a su alrededor están sucediendo cosas que no le gustan y por eso se hace más pequeño.

Cómo se manifiesta la encopresis

El síntoma fundamental es la evacuación de heces en los pantalones. Se produce durante el día, a diferencia de la enuresis, que es nocturna. Es más frecuente en niños que en niñas.

Los niños huelen mal porque las heces que eliminan son fétidas, por ello son rechazados por los niños y por algunos adultos. Los otros críos además les hacen burla y no les permiten formar parte de sus juegos. Por estos motivos, los niños con encopresis se sienten mal, infelices, deprimidos y disminuidos en su autoestima.

Muchas veces al inicio de la encopresis los niños no tienen problemas de conducta, éstos aparecen después, cuando sienten el rechazo de los demás, especialmente cuando son acusados por sus padres de ser niños pequeños y sucios, y también al sentirse rechazados por su olor.

Como para los niños el escape de sus heces es un accidente y desconocen sus causas, no se sienten responsables, no entienden la actitud de sus padres y eso los lleva a un sentimiento de inferioridad, de frustración y de baja autoestima. Por ello y no por la encopresis, los niños pueden tener problemas de concentración en el colegio, dificultad para dormir y descansar, actitud de aislamiento, tristeza, fenómenos depresivos y retraso en el aprendizaje.

Cuál es el tratamiento de la encopresis

Debe ser resuelto el atasco intestinal de las deposiciones. Es necesario en primer lugar vaciar el intestino de heces mediante enemas de limpieza que se realizan con suero salino fisiológico, agua jabonosa o enemas ya preparados. Tu médico te indicará el tipo, la frecuencia y el volumen de los enemas. También pueden emplearse supositorios de glicerina o laxantes. Además, el niño tiene que seguir una alimentación rica en fibras y algunos consejos que podrás encontrar en el capítulo anterior, dedicado al estreñimiento. Si existiera enuresis es imprescindible tratar simultáneamente ambas (ver capítulo siguiente, «“Mi hijo moja la cama”. Enuresis»).

Ten mucha paciencia, tu hijo dejará de manchar con heces la ropa interior, pero necesita tiempo. Ofrécele apoyo y comprensión. Trátale con ternura y háblale con palabras que refuercen su autoestima. Dile que está mejorando, que está creciendo, apóyale con comentarios positivos y con pequeños regalos los días o las semanas que no se le escape la caca.

Trata de resolver o amortiguar al menos los conflictos que hicieron que tu hijo comenzase con la encopresis. La mejor manera es haciendo que se sienta seguro dentro de tu familia, que no necesite regresar a una edad menor de la que tiene, a una edad en la que se sentía más seguro. Si el desencadenante de la encopresis no puede ser resuelto, por ejemplo, el nacimiento de un nuevo hermano o vuestro divorcio, entonces ofrécele más seguridad y llena todavía más sus necesidades afectivas. Algunos niños necesitan apoyo psicológico.

Cuál debe ser tu actitud

Sigue principalmente tres pautas:

— No humilles a tu hijo ni te burles de él. Tampoco le castigues ni le hables con enfado, ya que no lo hace conscientemente. Por tanto, no es responsable de que se le escapen las heces. Tu hijo sufre más que tú. Castigarle no sólo no resuelve el problema, sino que lo agrava.

— No le compares con otros niños; él ya se compara y se siente inferior.

— No hables todo el día del problema. Tampoco preguntes al volver del colegio si está limpio; si fuera así, prémiale, pero si está manchado no le des importancia, cámbiale, lávale, juega y habla con él de las actividades del día, anímale y haz que se sienta seguro.

23. «Mi hijo moja la cama.» Enuresis

Siendo niños mayores, incluso adolescentes, muchos siguen haciéndose pis en la cama. Viven por ello un calvario en silencio que les impide aceptar invitaciones o participar en campamentos de verano, y que merma su autoestima. Desconocen por qué les sucede a ellos y no a otros niños, y se sienten con frecuencia incomprendidos, incluso por sus padres, que en ocasiones olvidan que alguno de los dos o un familiar cercano tuvo el mismo problema. Actualmente este proceso tiene una explicación clara y una solución sencilla.

¿Qué es la enuresis?

La enuresis es orinarse en la cama involuntariamente durante el sueño, en una edad en la que el control de la orina durante la noche ya debería haberse producido. Aunque la mayoría de los niños controla la orina durante el sueño antes de los tres años, algunos son más perezosos y no tienen continencia urinaria hasta los cinco o los seis años. Se considera enuresis cuando la incontinencia urinaria nocturna sucede más de dos veces por semana, después de los cinco o seis años de edad.

A quién afecta

A los niños sanos, ya que la enuresis no es una enfermedad, es un síntoma muy común que afecta a uno de cada seis o siete niños. Es más frecuente en los niños que en las niñas, existiendo casi siempre

(en un 85 por ciento de los casos) antecedentes de enuresis nocturna en uno de los padres o en algún miembro de la familia cercana. Los niños hiperactivos con déficit de atención tienen seis veces más riesgo de padecer enuresis que los niños sin este trastorno.

Por qué se produce la enuresis

Existen dos formas de enuresis: una más frecuente, la del niño que siempre ha mojado la cama, y otra menos frecuente, la del que ya no mojaba la cama desde meses antes, pero que vuelve a hacerlo. La primera está producida por un retraso en la maduración del mecanismo del despertar, por una parte, y, por otra, por los niveles bajos durante la noche de una sustancia llamada *hormona antipís* (antidiurética), que controla la cantidad de agua de nuestro organismo. Esta hormona, que se produce en el cerebro, es la encargada de decirle al riñón, cuando no bebemos suficiente, que ahorre agua. Por esta razón, durante la noche, que no se beben líquidos, se segrega más hormona y se hace menos cantidad y menos veces pis, lo que explica que la orina de la mañana sea generalmente más oscura y más concentrada. Todo lo contrario sucede cuando se bebe mucha cantidad de líquidos, por ejemplo, dos o tres vasos; el organismo detecta este exceso de líquido, frena la producción de la hormona antidiurética, que le dice al riñón que elimine mucha agua, lo que se traduce inmediatamente en la necesidad de orinar. Además, los niños con enuresis nocturna tienen una vejiga más pequeña que los demás.

Las causas de enuresis en los niños que ya controlaban la orina durante la noche, pero que vuelven a mojar la cama, están casi siempre relacionadas con algún acontecimiento desagradable o traumático en su vida, por ejemplo, el nacimiento de un nuevo hermano, cambiar de colegio o de domicilio, el divorcio de los padres, la pérdida de un ser querido..., situaciones en las que muchos niños tienen un comportamiento de regresión en los hábitos ya conseguidos con la edad.

Muy raramente la enuresis es un síntoma de una enfermedad, de infección de la orina o de diabetes.

¿Necesita tratamiento?

La curación espontánea se produce en todos los niños. Cada año que pasa se resuelve el 15 por ciento de los casos, de forma que al llegar a los quince años solamente moja la cama uno o dos de cada cien adolescentes.

Sin embargo, estos niños necesitan ayuda, ya que la enuresis dificulta su relación con los demás, impidiendo que acepten invitaciones a dormir en casa de sus amigos, asistir a campamentos de verano u otros eventos socializantes. Además, la enuresis puede crear sentimientos de culpa, de vergüenza y disminución de la confianza y de la autoestima, pudiendo ello alterar la adaptación social y repercutir en el rendimiento escolar.

Existen dos tipos de tratamiento, con fármacos y sin ellos. Ambos tienen por objeto disminuir o anular los síntomas hasta que la maduración de esta función, el control de la orina durante la noche, se establezca espontáneamente, y el niño deje de mojar la cama. Algunos niños con enuresis también son estreñidos; para que tenga éxito el tratamiento de la enuresis es necesario tratar antes el estreñimiento.

Tratamiento sin medicamentos

Consiste en la adopción de una serie de normas que, aunque no garantizan que el niño deje de orinarse por la noche, siempre le ayudan a él y a su familia. Estas normas no se aplicarán antes de los cinco o seis años.

— Evita que el niño tome muchos líquidos después de la merienda. Hasta tres horas antes de acostarse puede tomar tantos líquidos como desee, pero después no. En la cena no tomará sopa, leche ni líquidos, excepto un vaso pequeño de agua.

— Cuenta al niño que un miembro de la familia, padre, madre o tíos, mojaban también la cama, haz que éste hable de lo mal que se sentía con ello. Infórmale que muchos niños tienen el mismo problema que él, esto le ayudará a aceptarlo y a superarlo.

— Insiste en que orine antes de irse a dormir.

— Elabora con tu hijo un calendario mensual para que rellene de color verde el día que no moje la cama y de amarillo el que la moja.

— Motívale y prémiale la mañana que se levanta seco, con alabanzas y pequeños obsequios.

Si con estas pautas no disminuye claramente el problema, puedes utilizar, unos meses más tarde, las alarmas o *pipistop*, que es una esponja que se coloca en el pijama del niño y que, cuando se moja con la orina, cierra un circuito eléctrico que funciona con batería de pilas, haciendo sonar una alarma o produciendo una vibración. Esto

despierta al niño, que se levanta para finalizar la micción en el baño. La alarma produce un entrenamiento tanto del esfínter de la orina como del mecanismo de despertar, que se hace más ligero, más sensible con la presión que ejerce la orina en la vejiga llena. La efectividad de estas alarmas es elevada, resuelven el problema o lo alivian en seis o siete de cada diez niños. Deben emplearse cuando el niño tenga suficiente madurez para saber cómo actúa, y que sirve para levantarse a orinar cuando la alarma suena.

Existen diferentes modelos de alarmas con cables o inalámbricas, de timbre de diversa intensidad y de vibración que pueden adquirirse en las farmacias o a través de Internet.

Tratamiento con medicamentos

El tratamiento de la enuresis con fármacos debe iniciarse cuando tu médico lo indique y siempre que el tratamiento anterior, sin medicamentos, haya fracasado.

Se utilizan dos tipos de fármacos, uno similar a la hormona antidiurética, que se puede administrar por vía oral (sublingual, debajo de la lengua), antes de ir a dormir, es de absorción rápida, efecto duradero, muy eficaz desde el primer día y bien tolerada. Esta hormona ordena al riñón que ahorre agua, produciéndose así poca orina. El otro fármaco es una droga antidepresiva, mucho menos eficaz y con más efectos secundarios que la anterior, por tanto menos recomendable.

Cuál debe ser tu actitud

Si tu hijo padece enuresis, recuerda las siguientes pautas:

— Nunca le culpabilices, porque él no es responsable de la enuresis. Tampoco le compares con los demás.

— No le ridiculices, y mucho menos delante de otros niños o adultos, porque esto empeorará el problema al generar conflictos en su personalidad que le pueden impedir la madurez. Recuerda que tu hijo no se orina en la cama a propósito, él sufre posiblemente más que tú.

— No le regañes ni castigues ni le pongas mala cara porque vuelva a mojar la cama después de varios días o semanas sin hacerlo.

— No le despiertes a medianoche para que haga pis, sirve de poco o de nada.

— No es adecuado ponerle el pañal una vez que ha iniciado el

tratamiento.

— No debes ignorar el problema; por el contrario, debes hablar con tu hijo al objeto de concienciarle, quitarle la ansiedad y darle estímulos positivos para aportarle seguridad.

24. Obesidad y sobrepeso

El sobrepeso no es un problema estético, es un problema grave de salud pública, una plaga que amenaza a los niños, una enfermedad crónica que comienza silenciosamente en la infancia, pero que se manifestará más tarde en forma de dolencias crónicas, que limitará y quizá acortará su vida futura. Además, los niños gorditos pueden tener ansiedad, depresión y disminución de su autoestima. El objetivo de los padres no debe ser únicamente mantener a su hijo libre de enfermedades, sino también asegurarle un estado de bienestar físico, mental y social, evitando situaciones como la obesidad que pueden facilitar enfermedades o limitaciones para su futuro. En este capítulo aprenderás a reconocer el exceso de peso y a adoptar las medidas dietéticas y de otro tipo para prevenir y tratar este problema.

Qué es el sobrepeso

Es mantener un peso excesivo para la edad, sexo y talla del niño, sobrepeso que siempre está producido por el aumento de la cantidad de grasas del cuerpo, no de músculos ni de otros componentes del organismo. Si tu hijo tiene un poco más de peso no es obesidad, pero indica una tendencia a tener sobrepeso que debe ser corregida con dieta y ejercicios. Obesidad es cuando el sobrepeso es superior al 10 por ciento del peso recomendado para una persona concreta. Existen diferentes grados de exceso de peso, que se puede conocer calculando el índice de masa corporal, que son los kilos de peso, dividido entre la estatura al cuadrado. Un índice entre veinticinco y treinta es sobrepeso; superior a treinta es obesidad.

¿Por qué se produce la obesidad?

La obesidad se produce básicamente por comer más calorías de las que el cuerpo necesita. Al contrario de lo que muchas personas creen, la obesidad no es hereditaria, no está genéticamente condicionada, está producida en más del 90 por ciento por causas ambientales, esto es, comer más veces de las necesarias, efectuar comidas con mayor cantidad de calorías, practicar poco ejercicio físico, llevar una vida sedentaria, comer entre comidas, beber abundantes líquidos azucarados u otras alteraciones en la relación que debe existir entre el consumo de calorías y lo que se gasta. Muchos niños son obesos porque el modelo de alimentación familiar es inadecuado por excesivo, se come mucho y a cualquier hora, no se le permite al niño rechazar algún plato de comida, por ejemplo el postre o la leche, haciéndose tolerantes al exceso de comida. Esto explica —y no la herencia— que cuando uno de los padres es obeso, sus hijos tengan un 50 por ciento de probabilidad de ser obesos también, alcanzando el 80 por ciento de probabilidad cuando ambos padres son obesos.

Durante los primeros meses de vida, los niños pueden ser gorditos, porque sólo comen y duermen y apenas tienen actividad física. Por ello, el sobrepeso en los primeros dos o tres años de vida no es indicador de que en los siguientes años vaya a continuar así. Sin embargo, cuando los niños son gorditos a la edad de seis a nueve años tienen bastante posibilidad, estimada en el 50 por ciento, de ser obesos de adultos, que aumenta al 75 por ciento cuando la obesidad está presente entre los diez y los catorce años.

¿Se puede prevenir el sobrepeso?

Sí, puedes y debes, ya que la obesidad es una enfermedad crónica difícil de tratar, pero muy fácil de prevenir. Éstos son algunos consejos que seguramente te serán de utilidad:

— Amamanta a tu hijo, tu leche previene muchas enfermedades, entre otras la obesidad. Se conoce que los niños que reciben lactancia materna tienen muchas menos posibilidades de ser adultos obesos que los que reciben lactancia artificial, posiblemente porque el único alimento completamente preparado para tu hijo es tu leche. Además, cuando se sacia deja de mamar, sin que conozcas cuánto ha tomado. De este modo, el centro que regula el hambre en el cerebro se

desarrolla con el uso, aprendizaje que permite regular mejor durante el resto de su vida la cantidad de alimentos que puede comer.

— Respeta el apetito de tu hijo. Si recibe lactancia artificial acepta que rechace parte del biberón, ya que ni todos los niños toman la misma cantidad de leche, ni el mismo bebé toma la misma cantidad en todas las tomas.

— En los siguientes años de vida, permite que tu hijo participe y seleccione el tipo, la cantidad y la frecuencia de las comidas. Si su crecimiento, el desarrollo del peso y de la talla son los adecuados para su edad y el niño está activo, no le obligues a comer dos platos y postre, no insistas para que finalice las porciones que tú crees que debe tomar, su organismo, su biología, es más sabia que tus creencias. Si insistes en que finalice los platos, tu hijo no será más alto ni más fuerte, será más gordo. Los mecanismos para controlar la comida en los humanos se han perfeccionado a lo largo de millones de años. Una investigación realizada hace varias décadas con niños pequeños sanos, a los que se les ofrecían platos diversos que contenían alimentos diferentes, con el objeto de que los niños comieran «a demanda», constató que cada niño comía de forma diferente al resto, en tipo, frecuencia y cantidad de alimento. Después de varios meses con este tipo de régimen alimentario libre, se encontró que la alimentación de todos ellos era similar, la composición de los nutrientes estaba equilibrada y los niños crecieron sanos.

— No utilices la comida como premio, tampoco los refrescos.

— Establece para toda la familia un tipo de alimentación saludable. Ésta consiste en alimentos ricos en fibras vegetales (legumbres, verduras, frutas) y pobres en grasas (queso curado, embutidos, patés, chocolate); carne, pescado y huevos en dosis apropiadas, preparadas como sea más agradable al paladar, pero evitando en lo posible los alimentos fritos.

— La comida rápida debe quedar proscrita de su dieta. Aunque a los niños les gusta la llamada comida basura, hamburguesas, *pizzas*, etc., este tipo de comida no debe permitirse como alimento, porque contiene mucha grasa de la considerada «mala» y mucha sal. Por supuesto, nunca se le premiará invitándole a comer estos productos, hecho que con demasiada frecuencia se produce. Estas comidas pueden generar hábito tanto en los niños como en los padres, que encuentran más cómodo este tipo de alimentación que la tradicional.

— Evita las bebidas y los refrescos azucarados, batidos, colas... El agua es insustituible, no puede ser cambiada por refrescos. El exceso de estos productos contribuye poderosamente al sobrepeso.

— Estimula que las comidas sean en familia, porque además de

aumentar el vínculo afectivo previenen la obesidad, porque significa participar, disfrutar de los alimentos teniendo tiempo para conocer, reconocer la sensación de plenitud que da la saciedad. Si se ha comido con rapidez, no se tiene conciencia de haber comido, y se vuelve a comer.

— No permitas que tu hijo coma entre comidas, y mucho menos que tome golosinas, chucherías, bollos u otros alimentos insanos que sólo aportan azúcares y grasas animales.

— Estimula el ejercicio físico, evita el sedentarismo. Todos los niños deben realizar ejercicio físico o actividades en las que muevan su cuerpo al menos durante sesenta minutos al día. Aunque la organización de la vida moderna de muchas familias hace difícil esta recomendación, que por sí sola es fuente de salud, intenta llevarle a pasear, correr, montar en bicicleta, ir y volver del colegio andando, recibir clases de ballet, baile, gimnasia, patinaje, jugar al fútbol u otros juegos o deportes colectivos, cualquier cosa menos volver del colegio y sentarse a hacer los deberes o ver la televisión (consulta el capítulo «Ejercicio físico y deporte. ¿Necesidad o entretenimiento?»).

— No permitas que tu hijo vea la televisión más de una hora diaria. Se sabe que los niños comen más mientras ven la televisión, posiblemente porque están abstraídos, casi hipnotizados, no se dan cuenta de lo que comen.

— Evita que tu hijo pase mucho tiempo, más de una hora diaria, con los videojuegos. También producen adicción; algunos niños pueden permanecer muchas horas y casi todo el fin de semana en el sillón, entre el televisor, el videojuego y el ordenador.

— Aunque todos los padres quieren a sus hijos, no todos lo manifiestan. Para tu hijo es muy importante que le trates con cariño y ternura, porque aunque le quieras, él puede sentirse rechazado y solo. No seas rígido ni intolerante, acéptale como es. La disminución de la autoestima, la tristeza, la soledad y el estrés pueden conducir también a la obesidad.

Cómo ayudar a tu hijo si es gordito

El sobrepeso debe ser combatido con prontitud desde que se detecta el problema y no sólo por motivos estéticos y de autoestima; fundamentalmente, lo debes combatir porque empeora y acorta la vida, ya que es origen de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial u otras tan graves como el infarto de corazón y

de cerebro, la arteriosclerosis o el cáncer.

El tratamiento se basa en disminuir el aporte de calorías, modificando la dieta, y aumentar el desgaste calórico mediante el ejercicio físico. Los medicamentos que reducen el apetito no deben ser administrados a los niños. El tratamiento debe establecerlo y controlarlo un médico especializado en pediatría, nutrición o endocrinología infantil.

El objetivo principal del tratamiento no es sólo perder peso; a veces esto no se consigue, pero si el peso se mantiene estable, la ganancia de estatura con la edad irá corrigiendo progresivamente la obesidad.

— Sin la colaboración familiar el tratamiento fracasará. Si vosotros los padres consideráis que es normal ser gordito porque toda o parte de la familia también lo es, no merece la pena iniciar ningún tratamiento, porque no tendrá éxito. Si el niño con sobrepeso es el único que modifica el hábito alimentario o el único que hace ejercicio físico, se sentirá deprimido y lo dejará. Se deben iniciar los cambios de forma gradual y lenta en la comida de toda la familia. Estos cambios deben basarse en más comida vegetal y menos animal. Más legumbres, verduras, ensaladas y frutas, menos leche y productos lácteos, excepto yogur y queso fresco, descartar los embutidos, excepto el jamón serrano; la carne y el pescado son más saludables cocinados al horno o al vapor, y no fritos; evita los alimentos grasos.

La merienda y la cena deben ser de lo más variadas y agradables posible, se hará desayuno, comida, merienda y cena, controlando el tamaño de las porciones. No debe comer delante de la televisión ni del ordenador. Es preferible hacer la comida en familia, cuando sea posible, masticando y comiendo despacio, comentando las incidencias del día, estableciendo una rutina para que exista un tiempo sólo para la comida.

— Entérate del menú del colegio, ya que más de la tercera parte de las calorías diarias se consumen en la comida del mediodía. Muchos colegios preparan platos precocinados con mucha grasa saturada, muchas proteínas y sal, pocas legumbres, verduras y frutas y muchos postres dulces; en resumen, dietas hipercalóricas y mal equilibradas. Insiste para que la comida del colegio sea la adecuada.

— Estimula positivamente a tu hijo para que se sienta orgulloso de sí mismo, lo más importante no es el peso, sino lo que él lleva dentro, un chico fuerte, bueno y cariñoso. El niño debe entender que estar en forma le permitirá sentirse mejor y tener mejor salud a corto y largo plazo. Un ambiente afectivo adecuado permite un crecimiento óptimo en todos los sentidos.

— Anima a tu hijo a realizar más ejercicio físico, apúntale a juegos deportivos, llévale a pasear, monta en bicicleta con él, haz que te acompañe andando a realizar tus compras y aprovecha el fin de semana para aumentar el ejercicio físico, aunque sea por el parque o el campo.

— El tratamiento de la obesidad es un esfuerzo intenso y prolongado. No te desanimes, tendrás éxito, tu hijo y tú os sentiréis orgullosos con los resultados.

25. Talla baja. «Mamá, ¿por qué soy tan bajito?»

Como para la mayoría de los padres, el crecimiento de tu hijo es una de tus preocupaciones, especialmente cuando el niño pregunta por qué es tan bajito o tú observas que es el más o uno de los más bajitos de la clase, o no es tan alto como esperabas. La talla baja puede ser debida a varias circunstancias, unas normales, porque ser bajito es tan normal como ser alto. La talla baja puede ser también un síntoma de enfermedad que necesita ser detectada pronto. En este capítulo encontrarás cuándo debes preocuparte por el retraso en la talla de tu hijo, sus causas y cuándo y a quién consultar.

Cómo es el crecimiento normal de los niños

Algunos padres preguntan preocupados la causa por la que su hijo ha crecido estos meses, o estos años, menos que los anteriores. Conocer cómo es el crecimiento normal de los niños, en las distintas épocas de la infancia, es fundamental para que puedas apreciar si el desarrollo en la talla de tu hijo es normal o anormal. Aunque los niños crecen durante toda la infancia hasta que los huesos finalizan su desarrollo, al final de la adolescencia, existen dos períodos de mayor crecimiento, durante el primer año de vida y en la pubertad. Al nacer se mide alrededor de medio metro, en el primer año de vida se crece veinticinco centímetros, y en el segundo año, la mitad que el primero. En los siguientes años, hasta que inician el estirón rápido, llamado *estirón puberal*, que empieza entre los once y los quince años, los niños crecen alrededor de cinco o siete centímetros cada año. Tras éste, los niños y las niñas comienzan con los cambios en el cuerpo que caracterizan la pubertad, aumento de la talla y peso corporal y aparición de los caracteres sexuales específicos de cada sexo. El crecimiento acaba alrededor de los dieciséis o dieciocho años, cuando los huesos finalizan su desarrollo, hecho que puede conocerse con una radiografía de la mano. La aceleración del crecimiento en las niñas suele comenzar uno o dos años antes y finaliza también más pronto que en los niños. Después de estos años de crecimiento rápido aparece un descenso progresivo en la ganancia de talla, de forma que a los diecisiete o dieciocho años ya se ha crecido casi del todo. Las mujeres tienen un estirón o crecimiento puberal más precoz y también más

corto, por eso su talla al final es inferior a la de los hombres.

De qué depende la estatura de tu hijo

La talla final de tu hijo dependerá de varios factores, siendo el más importante, en ausencia de enfermedad que impida su crecimiento óptimo, la talla familiar o herencia recibida no sólo por vosotros los padres, sino también por otros miembros de la familia. Lógicamente, los padres bajos suelen tener hijos bajos, aunque puede haber padres altos con hijos bajitos, y viceversa, padres bajos con hijos altos, porque la herencia de la talla no se debe sólo a los padres, también influyen otros antepasados. Además influyen la raza y el sexo del niño.

La nutrición recibida antes de nacer es fundamental para la talla final. Los recién nacidos con un retraso en el crecimiento dentro del útero nacen ya con una talla más baja que tienen que recuperar después. La alimentación posterior, equilibrada, y la ausencia de enfermedades que alteren la absorción, digestión y procesamiento por el cuerpo de los alimentos permitirán que tu hijo desarrolle todo su potencial de maduración de manera óptima. No sólo dificultan este adecuado desarrollo las enfermedades físicas, sino también las afectivas, ya que los niños no queridos, maltratados físicamente o los que no tienen cubiertas sus necesidades afectivas, tienen un crecimiento inadecuado.

Algunas hormonas son fundamentales en el proceso del crecimiento, sobre todo la hormona del crecimiento, la hormona tiroidea y, durante la pubertad, las hormonas sexuales. La primera, la hormona del crecimiento, es como el maestro de obra del edificio del cuerpo del niño, que ordena que la utilización de los nuevos materiales procedentes de la alimentación se empleen para hacer crecer los distintos tejidos que componen el cuerpo. Sin esta hormona es imposible el crecimiento tanto de los tejidos como de la talla.

Cómo saber si tu hijo crece adecuadamente

Los niños deben ser medidos, tallados y pesados periódicamente, una vez cada dos meses durante el primer año, cada tres meses durante el segundo año de vida y una vez cada seis meses en los siguientes años, y al menos una vez cada año hasta que finalice el período de crecimiento. El médico comprueba si estas medidas son las adecuadas para su edad y sexo, para lo que utiliza unos gráficos llamados *percentiles*, elaborados con la talla y el peso de muchos niños sanos del mismo sexo, raza y área geográfica.

Los percentiles normales oscilan entre el tres y el noventa y siete. El primero quiere decir que sólo tres de cada cien niños sanos crecen con esta talla, baja pero normal, mientras que el percentil noventa y siete significa que sólo tres de cada cien niños sanos crecen con esta talla tan alta. Entre ambos percentiles transcurre el crecimiento del resto de los niños, todos ellos normales.

Cuáles son las causas de la talla baja

Las dos causas más frecuentes de una talla baja son la talla baja familiar y el retraso constitucional del desarrollo, ambas son normales, ya que son variantes normales del crecimiento.

La talla baja familiar consiste en que el niño es bajo porque ha heredado de sus padres o de algún otro familiar una talla baja. Esto no se percibe hasta el segundo o tercer año de vida, ya que en el nacimiento y en los meses siguientes, el niño puede tener buena talla debido a la excelente nutrición prenatal. A partir del tercer año, estos niños suelen crecer en un percentil bajo, alcanzando una talla final baja, pero normal, predestinada genéticamente.

El retraso constitucional del desarrollo es el producido porque el período de crecimiento rápido o estirón puberal se retrasa unos años; por ello, como los demás niños crecen más rápido, quedan durante estos años con una talla más baja que el resto de sus amigos o compañeros de colegio. Una vez que comienza, aunque con retraso, el desarrollo puberal, el crecimiento del niño se acelera, alcanzando una talla normal, la predestinada genéticamente, aunque más tarde. Generalmente, algún miembro cercano de la familia tuvo el mismo retraso en el crecimiento o en el desarrollo puberal, retraso en la aparición de la primera regla o del cambio de voz y la aparición del bigote del niño. La edad de los huesos, visible con una radiografía de la muñeca, permite conocer que efectivamente la edad ósea es inferior a la edad en años. Esto significa que los huesos y el resto de la estructura del cuerpo seguirán creciendo, a pesar de que por la edad debería haber ya finalizado.

Explicar a los padres y a los niños con retraso constitucional del desarrollo ese proceso, esta variante de la normalidad, es muy importante para evitar la angustia que representa la posibilidad de tener una enfermedad, en este caso inexistente.

Existen otros casos de anormalidad en el crecimiento debido a enfermedades de los niños, bien por alteración de los cromosomas, como el síndrome de Down, o por enfermedades crónicas consistentes en la absorción inadecuada de los alimentos en el intestino. También

por enfermedad crónica del pulmón, corazón o riñón, hipotiroidismo y por disminución de la producción de la hormona del crecimiento.

Todas estas enfermedades van acompañadas de otros síntomas, excepto en la disminución o ausencia de la hormona del crecimiento, en la que los niños sólo dejan de crecer.

Afortunadamente, estas situaciones anormales de talla baja son muy poco frecuentes.

Cuándo consultar por talla baja

La talla baja debe preocuparte cuando aparece alguno de los siguientes síntomas:

— Parón del crecimiento, o cuando el niño crece menos de cinco centímetros cada año, a partir del segundo año de vida.

— Los niños de tres o cuatro años que nacieron pequeños para su edad gestacional, esto es, con antecedentes de CIR (crecimiento intrauterino retardado), que no recuperan la talla normal, la prevista para su edad, en los primeros años de la vida. Éstos pueden beneficiarse de la hormona del crecimiento.

— Aparición de otros síntomas acompañantes, tales como diarrea crónica, tos crónica, fatiga, cansancio, orina de color de agua de lavar carne o color coñac.

— Aparición precoz del vello en el pubis y en las axilas, antes de los seis años en las niñas, o antes de los ocho o nueve años en los niños. Corresponde a una pubertad precoz.

— Aumento del tamaño del pecho o crecimiento del pene y testículos.

— Debes también consultar a tu médico cuando tu hijo o tú estéis preocupados por la talla baja o cuando tengas que realizar algunas preguntas.

¿Existen tratamientos para que tu hijo sea más alto?

No existen medicamentos para que tu hijo alcance una talla mayor de la que tiene predestinada genéticamente.

La hormona del crecimiento sólo se administra a los niños con déficit parcial o total de esta hormona, tras un estudio y tratamiento supervisado por un médico especialista en endocrinología infantil. También a los 3 o 4 años a los niños CIR que no crecen adecuadamente

Las vitaminas, minerales, suplementos dietéticos y otros productos no elevan la velocidad del crecimiento. Las hormonas sexuales están

totalmente contraindicadas, porque aceleran la pubertad, alcanzándose una talla final inferior a la prevista por su herencia.

La mejor prevención de la talla baja es la ausencia de enfermedades desde el inicio de la vida, la nutrición adecuada variada y completa, el ejercicio físico moderado y el equilibrio afectivo, así como la detección precoz de cualquier variación en los percentiles de crecimiento, mediante los controles médicos periódicos del peso y la talla. Tan normal es ser alto como bajo.

26. Mal aliento o halitosis. ¿Es un problema?

Muchos padres consultan porque su hijo tiene mal aliento, aliento fuerte, diferente, desagradable, incluso fétido, por si fuera síntoma de alguna enfermedad o porque temen que su hijo sea rechazado por los demás niños, incluso por los adultos. El mal aliento se conoce con el nombre de *halitosis*.

Las causas de la halitosis son muchas. En este capítulo encontrarás las más importantes y las soluciones al mal aliento de los niños.

Qué es y por qué se produce el mal aliento

El mal aliento, muy frecuente en los adultos, sucede también en los niños. La halitosis puede ser ocasional, pasajera, durante pocos días o, por el contrario, habitual, duradera, crónica, siendo las causas, consecuencias y tratamientos diferentes dependiendo de cada caso. La halitosis no es una enfermedad, es un síntoma común a muchas situaciones, normales y patológicas. La halitosis no se contagia.

La mayoría de las veces, el mal aliento en los niños se debe a problemas en la boca, encías o dientes, algunas veces la causa es la infección en un lugar cercano a la boca, nariz, senos o garganta; raramente el origen está en un lugar alejado de la boca o corresponde a un síntoma de un problema general.

Los niños pequeños sanos tienen un aliento agradable. La aparición de un aliento fuerte acompaña a los niños roncadores y a los que tienen obstruida la nariz por catarro, debido a la putrefacción del moco que permanece quieto durante la noche, y también a que las bacterias que viven en la superficie de la lengua y en la garganta producen azufre. Durante la noche, la producción de saliva, que tiene entre otros cometidos limpiar la boca de residuos y bacterias, disminuye o desaparece. Por eso el olor del aliento de la mañana, al

levantarse, es más fuerte que el del resto del día. Es normal que los niños tengan al levantarse un aliento más fuerte. Desaparece cuando toman agua o desayunan, ya que arrastran los residuos y bacterias responsables de este mal olor.

Si tu hijo tiene el aliento fétido con olor a podrido, posiblemente tiene una infección en la boca, las encías o las amígdalas. La llamada *estomatitis aftosa* (figura 17) es una infección vírica que produce, además de aftas o úlceras en la lengua y encías, fiebre, dolor intenso, especialmente al comer alimentos ácidos —como el zumo de naranja, por ejemplo—, babeo, hinchazón y a veces sangrado de las encías. Los niños dejan de comer por dolor. Tu médico te indicará cómo combatir el dolor de la boca y si precisa antibiótico antiviral o no. Puedes leer más sobre esta enfermedad en el capítulo «Lesiones en la boca: úlceras, pupas y aftas. Herpes labial y estomatitis».

La amigdalitis aguda también produce halitosis con fiebre y rechazo de la alimentación por el dolor que provoca al tragar. Las amigdalitis pueden estar producidas por bacterias que precisan ser tratadas con antibióticos o por virus que no requieren este tratamiento. También puedes aumentar tus conocimientos sobre la amigdalitis en el capítulo «Infecciones de la garganta. Amigdalitis y faringitis».

Los niños mayores de un año se introducen objetos extraños en la nariz, migas de pan, papel, plastilina, gomaespuma o algún alimento. Días después aparece una intensa fetidez en su aliento y moco purulento que sale de un solo agujero de la nariz, no de los dos. El niño no tiene fiebre, se le ve contento y no aparenta estar enfermo, pero al acercarse a su cara huele mal. La extracción de este cuerpo extraño resuelve de manera fácil la fetidez del aliento.

La infección de los senos de la cara o sinusitis produce abundante moco que puede ser maloliente; este moco cae por la parte posterior de la boca, y a veces produce fiebre y en los niños mayores, dolor de cabeza.

Las caries y la falta de higiene bucal es una causa frecuente de aliento desagradable en los adolescentes y niños mayores, pero no en los pequeños. Esta halitosis es duradera, crónica. También es permanente el mal aliento por la acumulación de alimentos en las amígdalas. Éstas pueden tener agujeros o socavones donde se depositan restos de alimentos de aspecto blanquecino en estado de putrefacción. Los niños que se chupan el dedo pulgar u otro objeto pueden tener también halitosis.

Muy pocas veces el mal aliento es debido a una enfermedad general. Un caso bastante frecuente en los niños es la presencia de un

olor dulzón, a manzana, debido a la acetona; este olor es volátil y se elimina por el aliento. Esta sustancia se produce cuando los niños no comen, y como muchas enfermedades producen inapetencia, el olor del aliento a acetona es bastante frecuente en los niños. El olor a acetona puede ser también un síntoma de diabetes.

Qué hacer para evitar el mal aliento del niño

A continuación te ofrecemos algunos consejos prácticos para evitar la halitosis:

— Cepíllate los dientes delante de tu hijo. Los niños aprenden porque imitan la conducta de sus padres, no porque éstos le sermoneen diariamente con el cepillado de los dientes: tu hijo hará lo que te vea hacer a ti. La edad de dos años es la adecuada para iniciar el cepillado. El niño necesita que le ayuden a cepillarse los dientes hasta que sea mayor para hacerlo solo. Utiliza una pequeña cantidad de pasta fluorada que el niño seguramente tragará hasta que sepa echarla. Si no le ayudas, masticará y chupará el cepillo de dientes como un caramelo, sin cepillarse.

— Si tu hijo se chupa el dedo u otro objeto, la halitosis desaparecerá cuando esta costumbre se erradique. A partir de los cuatro años, antes de que aparezcan los dientes definitivos, deberá desaparecer este hábito para evitar la malposición dental.

— Las caries deben ser tratadas tanto en los dientes de leche como en los definitivos. El odontólogo infantil tiene que solucionar esta causa de mal aliento.

— Alimenta a tu hijo de una manera equilibrada, no sólo con proteínas. No será más alto ni más fuerte porque tome más carne, pescado, huevos u otras proteínas. El exceso de proteínas en la dieta, además de producir aliento de acetona, es inadecuado para el desarrollo normal.

Cuándo consultar al médico

Consulta con el médico si se producen los siguientes síntomas:

— Aliento fétido, fiebre y dolor al tragar o se niega a comer. Puede tratarse de una infección de la boca, estomatitis o amigdalitis aguda.

— Mal aliento e hinchazón de las encías, con o sin úlceras o aftas

en la boca.

— Halitosis o moco purulento, amarillo o verdoso, por un solo orificio nasal, ya que puede tener un cuerpo extraño en la nariz.

— Mal aliento y catarro, de varios días de duración, con o sin fiebre.

— Caries múltiple o única.

— Si tienes dudas que te preocupan o preguntas que hacer.

— Debes consultar con urgencia, sin esperar, si el aliento es de olor dulzón, a manzana, bebe y orina mucho, especialmente si está decaído o con tendencia al sueño o ha perdido mucho peso en los últimos días o semanas, porque puede tratarse de una diabetes descompensada.

27. Convulsiones febriles. ¿Son tan graves?

Los padres que presencian por primera vez una convulsión creen estar viendo el fin de la vida de su hijo, sienten un doble sentimiento: de impotencia, por no saber qué hacer, y de angustia, por su posible muerte. Sin embargo, la mayoría de las convulsiones son más aparatosas que graves, siendo especialmente benignas las convulsiones febriles, que son con mucho las más frecuentes en los niños. En este capítulo aprenderás a reconocer las convulsiones febriles, a saber cómo prevenirlas y a tratarlas en casa o en el lugar donde se produzcan. Una vez atendidas, puedes consultar después con tu médico.

Qué son las convulsiones febriles

Son convulsiones acompañadas de fiebre; no existe meningitis, traumatismo ni enfermedad en el cerebro que las justifique, o sea, no tienen causa aparente.

Las convulsiones son descargas eléctricas cerebrales descontroladas, que producen órdenes de contracción muscular múltiple, no coordinadas, anárquicas. Estas órdenes conducen a movimientos de rigidez del tronco y extremidades, temblores, movimientos de contracción-descontracción o flexión-extensión de los grupos musculares encargados del movimiento. Las convulsiones producen alteración del nivel de conciencia, y generalmente coma.

Cómo se producen

La fiebre altera el mecanismo de funcionamiento normal del cerebro. El cerebro es como un ordenador, o un director de orquesta que manda cada uno de nuestros movimientos (respirar, andar, coger cosas, toser...), es quien decide una acción que tiene una secuencia determinada, para que cada movimiento se realice ordenadamente: primero trabaja un músculo o grupo muscular, después otro, de forma que unos producen contracción o flexión, otros extensión, hasta que el movimiento o la acción se completa. Cuando la orden de contracción muscular es descontrolada, se produce la actividad muscular

simultánea, sin objetivo, que no conduce a ningún movimiento, a ninguna actitud concreta. Es como si el director de orquesta cuya función es marcar la entrada y salida de los instrumentos musicales, los tiempos y el orden para que la música aparezca, ordenase que todos los instrumentos toquen simultáneamente.

Por qué se producen las convulsiones febriles

Se desconoce por qué la fiebre produce esa locura transitoria del ordenador central, responsable de la actitud anormal de estos individuos. Los estudios para conocer si existe alguna alteración en el cerebro antes y después de la convulsión no han localizado ninguna alteración: los análisis son normales, la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) del cerebro son normales y el electroencefalograma (EEG) también.

A quién afectan las convulsiones febriles

A cualquier niño pequeño sano; son tan frecuentes que las tienen tres o cuatro niños de cada cien. Sólo afecta a niños pequeños, entre los tres meses y los cinco años, produciéndose la máxima frecuencia a los dos años. Pueden aparecer varias veces el mismo día o en distintos, pero siempre con fiebre. La primera crisis aparece entre los seis meses y los tres años en tres de cada cuatro niños. Antes de los seis meses es raro. Uno de cada tres niños con convulsiones repite, una o más veces, sobre todo en el primer año, después de la primera convulsión. Están más expuestos a la repetición de las crisis convulsivas agudas aquellos niños en los que la crisis cursó con poca fiebre o ésta fue de poca duración y en los que tienen antecedentes de convulsiones (febriles o no). También en aquellos en los que la primera convulsión apareció en el primer año de vida.

Cómo se reconocen las convulsiones febriles

El reconocimiento de una convulsión es fácil, traumático para el que lo sufre y lo ve y a la vez espectacular. La sensación que describen los padres es de impotencia y de miedo a la muerte. Impotencia, por no saber qué está pasando, qué sucederá en los siguientes minutos; de muerte, porque se sienten observadores de la agonía de su hijo.

El niño suele tener fiebre, la mayoría de las veces por catarros de las vías respiratorias altas, que suelen ser leves y estar generalmente provocados por virus. A veces, los padres desconocen que el niño tiene

fiebre. Bruscamente, el pequeño parece morirse, comienza con movimientos de temblor de brazos, piernas, tronco, cabeza y cuello, con pérdida de conciencia, no responde a ninguna orden, los ojos miran al infinito, a veces no respira y los labios adquieren un color morado. En ocasiones se produce rigidez en los brazos, el tronco y las piernas, y el niño queda inconsciente; otras, por el contrario, pierde el tono muscular y el cuerpo del niño se asemeja a un muñeco de trapo; los brazos, las piernas y la cabeza caen del tronco por la gravedad, sin fuerza.

Afortunadamente, estos episodios tienen una duración muy corta, uno o pocos minutos, aunque los padres y los observadores no habituados consideran que es una eternidad. Con frecuencia, la crisis reaparece. Cuando finaliza, el niño recupera la respiración, el color, el tono muscular y la conciencia. Después de la crisis, el niño tiene sueño y quiere dormir. Durante el sueño puede aparecer otra convulsión. Algunas convulsiones comienzan con el movimiento de los párpados, los labios o la lengua, con guiños, chupeteo o contracción o tics de la cara. Otras comienzan por una mano, un brazo o un pie, y posteriormente suelen generalizarse al resto del organismo.

Cómo actuar

Lo más importante es abrir la vía aérea, esto es, retirar alimentos o vómitos de la boca si los hubiere, e impedir que la lengua caiga hacia atrás, obstruyendo el paso de aire a los pulmones. Esto se consigue hiperextendiendo el cuello, o sea, echando la cabeza hacia atrás con el niño tumbado, de forma que la cabeza esté en un plano más bajo que el cuello. Cuando el niño no respira o sus labios están morados es necesario hacer la respiración boca a boca, cogiendo con tu boca la boca y la nariz de tu hijo, mientras la cabeza debe estar hiperextendida. Sopla con fuerza para que el aire entre en sus pulmones hasta que tu hijo vuelva a respirar; serán sólo unos segundos. Puedes aprender cómo realizar la respiración boca a boca en el capítulo «Cómo salvar la vida de un niño. Masaje cardíaco y respiración boca a boca». Practica estas maniobras con un muñeco grande.

Como la crisis suele remitir en unos minutos, cuando se acude al hospital generalmente ya ha desaparecido. Los padres debéis conocer que las convulsiones febriles simples, o sea, aquellas que duran menos de quince minutos, generalizadas, que afectan a todo el cuerpo y únicas (que no se repiten), no dejan secuelas ni tienen riesgo alguno a pesar de su aparatosidad. En general, no necesitan análisis, estudios ni

EEG. Aunque puedan repetirse más adelante, con otro proceso febril, desaparecerán sin problemas a los cinco años de edad.

Las convulsiones febriles que necesitan de estudio, análisis, quizá EEG y tomografía cerebral son las convulsiones que reaparecen durante el mismo día o el mismo proceso febril, aquellas de larga duración (más de quince minutos), las que son focales (es decir, no afectan a todo el cuerpo). También precisan ser estudiadas las convulsiones de niños pequeños menores de un año.

Cómo se tratan las convulsiones

Deben y pueden tratarse in situ, en el lugar donde aparezcan (casa, guardería...). Además de la apertura de la vía aérea, para permitir el paso del aire, es necesario administrar por vía rectal diazepam o midazolam bucal, colocando la medicación en el espacio que existe entre el lugar donde están o estarán las muelas y el interior del carrillo. Tu médico te prescribirá estos medicamentos, que sólo pueden adquirirse con receta. Existen canuletas de diazepam preparadas con estas dosis para ser administradas por vía rectal como un supositorio y de midazolam para la vía bucal. La absorción es muy rápida y el paso de estos fármacos al cerebro es inmediato, por lo que la crisis cede. Después, el niño queda dormido por el efecto de la medicación y de la convulsión. La mayoría de las veces la convulsión cede antes de administrar la medicación. Como el riesgo de nuevas crisis persiste hasta los cinco años de edad, deben existir canuletas de diazepam rectal o midazolam bucal listas para su uso en todos los lugares donde el niño hace su vida (domicilio, guardería, la casa de sus abuelos...) o llevar siempre alguno de estos dos fármacos, además de la medicación para bajar la fiebre (paracetamol, ibuprofeno...).

Cuando la convulsión persiste más de unos minutos o se repite, se debe acudir inmediatamente al hospital más cercano.

Pueden prevenirse las convulsiones

Las convulsiones febriles pueden prevenirse con diazepam rectal u oral en pequeñas dosis. El tratamiento preventivo sólo se realiza en algunos casos y debe ser siempre indicado por el médico. Suele recomendarse durante los episodios de fiebre de los niños con historia de convulsiones repetidas de larga duración. Este tratamiento disminuye la ansiedad de los padres y el número de convulsiones.

Tanto el diazepam como el midazolam producen efectos secundarios indeseables. Pueden conducir a somnolencia, disminución

del tono muscular y descenso de la tensión arterial. En dosis altas producen intoxicación grave que cursa con coma y ausencia de respiración. Por esta razón debe ser el pediatra del niño quien indique cuándo, cómo y cuánto diazepam o midazolam ha de administrarse. La dosis se calcula en función del peso.

¿Dejan secuelas?

Las convulsiones febriles simples nunca dejan secuelas, nunca matan y estos niños tampoco serán epilépticos cuando sean mayores.

28. Meningitis. Cómo reconocerla y prevenirla

La meningitis es una de las enfermedades malditas porque puede conducir a los niños, en un corto período de tiempo, incluso en horas, de la salud a la enfermedad grave. Es además traicionera, porque los síntomas son tan rápidos que muchas veces cuando se hace el diagnóstico ya es demasiado tarde. También es maldita porque puede producir secuelas graves y permanentes que pueden limitar el futuro del que la padece. Cuando después de visitar a un niño los médicos le dicen a sus padres «Vuestro hijo no tiene meningitis», la expresión de sus caras cambia, se relajan y respiran con tranquilidad. Aunque la meningitis es una enfermedad grave, puede prevenirse y tratarse. Su tratamiento precoz evita o minimiza las secuelas. En este capítulo aprenderás a reconocer y prevenir la meningitis.

Qué es la meningitis

Es la infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal, llamadas *membranas meníngeas*, también es la infección del líquido que baña el cerebro, conocido como *líquido cefalorraquídeo*, y del cerebro mismo. La infección puede producirse por diferentes microbios y depende de la edad, del mapa geográfico y de las vacunaciones que el niño haya recibido.

Aunque los microbios que causan la meningitis pueden ser de varios tipos, los más frecuentes son bacterias y virus. En general, las bacterias producen meningitis grave y los virus meningitis no grave. Los hongos también la pueden producir en niños con déficit de la inmunidad.

En España y en el resto de los países europeos, las meningitis graves fuera del período neonatal están producidas por dos microbios: meningococos y neumococos. El primero es el más frecuente, el segundo el más grave. Un tercer germen, llamado *Haemophilus influenzae*, ha desaparecido en nuestro medio debido a la vacunación de todos los niños. Los neonatos, en las primeras cuatro semanas de vida, tienen meningitis producidas por otros gérmenes diferentes a meningococos y neumococos.

Cómo se produce la meningitis

A través del contagio, mediante el contacto con un portador del microbio. El contagio se realiza a través de la tos, ya que el moco, la saliva y las secreciones de la garganta son expulsadas con la tos en forma de partículas muy pequeñas, invisibles al ojo humano, partículas que están cargadas con los microorganismos que viven en la garganta. Todas las personas tenemos microbios en la garganta, algunos durante meses o años, sin presentar fiebre, dolor de garganta ni molestia ninguna. Estas personas se denominan *portadores* porque albergan sin saberlo el microorganismo y por tanto lo expulsan con la saliva o la tos. Los portadores son niños o adultos, indistintamente. Cuando un niño sano recibe del portador uno de estos microbios, por ejemplo, meningococos o neumococos, pone en marcha mecanismos de defensa para evitar que el microbio se multiplique y pase a la sangre. Si consigue aislar y controlar a estos gérmenes en la nariz y faringe queda salvado de la meningitis, comportándose como nuevo portador sin síntomas, o bien el microorganismo muere porque el niño desarrolla defensas, anticuerpos mortales contra el germen invasor. Cuando éste, sin embargo, no puede ser controlado, se multiplica, pasa a la sangre y se implanta en cualquier parte del organismo. Cuando lo hace en el cerebro, se multiplica y aparece la enfermedad llamada *meningitis*.

A quién puede afectar

A todo el mundo, pero sobre todo a los niños más pequeños. Aunque los adultos y niños mayores pueden tener meningitis, ésta es más frecuente en los niños menores de cinco años, especialmente en los menores de dos. Su incidencia es similar en ambos sexos.

Las meningitis graves, las producidas por bacterias, son mucho más frecuentes en las situaciones de hacinamiento, donde las posibilidades de contacto con un portador de microbios son mayores. En los niños pequeños, el principal riesgo es la asistencia a la guardería, y en los niños mayores, el colegio y la convivencia en internados. Otro factor de riesgo es no haber recibido todas las vacunas existentes para prevenir las enfermedades infecciosas, incluidas las vacunas contra la meningitis.

Cómo son los síntomas. Cómo reconocer la meningitis

El reconocimiento precoz es fundamental para la curación total. Existen síntomas precoces, que aparecen cuando la enfermedad se está

desarrollando, y otros síntomas tardíos, visibles cuando la infección está ya produciendo daño en el cerebro. Aunque lo adecuado sería detectar la meningitis con los síntomas precoces, desgraciadamente, éstos suelen ser, en general, poco específicos de la enfermedad. Son similares a los que acompañan a otras enfermedades infecciosas del niño y consisten en fiebre, irritabilidad (dolor de cabeza en los niños mayores), decaimiento, vómitos y rechazo de la alimentación. Todos estos síntomas acompañan también a las infecciones digestivas, urinarias y respiratorias. Los niños pequeños, los menores de diez o dieciocho meses, los que todavía tienen la fontanela abierta, pueden presentar abombamiento hacia arriba de ésta —como un huevo que sale—, y parece más dura de lo normal; por ello se denomina *fontanela hipertensa*. Algunos niños tienen rigidez de la nuca, esto es, imposibilidad o dificultad para flexionar el cuello. Sin embargo, la no existencia de rigidez de cuello o la inexistencia de fontanela abombada o hipertensa no excluye la sospecha de meningitis, ya que los menores de dos años pueden no presentar estos síntomas. Otros síntomas son la disminución del nivel de conciencia y convulsiones. Cuando el diagnóstico se hace precozmente, los síntomas son escasos.

Cuál es el tratamiento de la meningitis

Dosis elevadas de antibióticos administrados por vía intravenosa. Por ello, el tratamiento debe recibirse estando el niño hospitalizado. Además, algunos precisan vigilancia especial y administración de suero intravenoso, oxígeno y otros fármacos. Excepto los recién nacidos, que precisan dos o tres semanas de antibióticos, una semana es suficiente en la mayoría de los casos.

Cómo se realiza el diagnóstico

Mediante el estudio del líquido cefalorraquídeo. Este líquido, que se produce en la cabeza, dentro del cráneo, baña el cerebro y también la médula espinal. El análisis del líquido cefalorraquídeo se realiza en pocos minutos, aunque el cultivo para la identificación del microorganismo precisa entre veinticuatro y cuarenta y ocho horas. El líquido se extrae pinchando la espalda, en la columna vertebral a la altura de la región lumbar, entre los riñones y la cadera. Se realiza con una aguja muy fina para evitar el dolor. Aunque la punción lumbar es molesta, no es tan dolorosa como generalmente se cree, sobre todo si se aplica crema anestésica en el lugar de la punción. Los análisis de sangre ayudan al diagnóstico, pero no lo confirman. El cultivo de la

sangre puede también identificar el microorganismo responsable, pero dos o tres días después. A veces es necesario realizar una tomografía cerebral (TC craneal).

¿Deja secuelas la meningitis?

Depende del microorganismo responsable, de la edad y de la precocidad en el diagnóstico y el tratamiento.

Las meningitis producidas por virus se curan prácticamente todas y no dejan ninguna secuela.

Las meningitis bacterianas por meningococos se curan también casi todas y no suelen dejar ninguna secuela. Las meningitis con sepsis (infección generalizada) son muy graves, siendo la mortalidad mayor debida a la sepsis, no a la meningitis.

En los países desarrollados, las meningitis neumocócicas tienen una mortalidad aproximadamente del 10 por ciento y pueden dejar a los niños secuelas neurológicas, tales como parálisis, trastorno motor, convulsiones y sordera.

¿Puede prevenirse la meningitis?

Puede prevenirse evitando el contagio. Sin embargo, la mayoría de las veces el contagio es desconocido, porque los portadores de microbios no tienen síntomas, son portadores ocultos, están sanos.

Los pacientes con meningitis pueden contagiar a los sanos. Por ello, los niños que han estado en contacto con otro que tiene meningitis deben recibir protección con antibióticos, aunque sea durante sólo dos días.

Se debe realizar tratamiento de las personas que han estado en contacto con pacientes con meningitis en los siguientes casos:

— Cuando la meningitis está siendo producida por meningococos, no por neumococos ni por virus.

— Cuando existe un contacto cercano (que debe ser valorado por el médico). Generalmente se considera contacto, a efectos de riesgo y por tanto para recibir antibiótico profiláctico, a los que han dormido en la misma habitación durante los diez días antes y a los que han estado en contacto con la secreción faríngea del enfermo durante los diez últimos días. También a los niños que conviven cerca del afectado, ya sea en la misma aula de la guardería o en el mismo banco del colegio o en el comedor de la escuela.

A quién vacunar y de qué

A todos los niños

Las recomendaciones de la mayoría de los expertos, sociedades científicas (como la Asociación Española de Pediatría y la Asociación Americana de Pediatría) son:

— Deben recibir la vacuna neumocócica todos los niños menores de dos años, porque es la época de mayor riesgo. La primera dosis debe comenzar a los dos meses de edad; los niños entre dos y cinco años deben vacunarse sólo si tienen un riesgo mayor que la población normal, riesgo que debe ser valorado por el pediatra.

— Las vacunas meningocócicas C y B y la vacuna contra la *Haemophilus influenzae* tipo B deben recibirlas todos los niños desde los dos meses de edad. Las dos primeras pueden administrarse en cualquier época de la vida cuando no fueron puestas en los primeros meses de edad, porque el riesgo de meningitis persiste durante toda la infancia y adolescencia. Las infecciones por *Haemophilus influenzae* aparecen sólo en los niños pequeños, menores de dos o tres años.

— Puedes obtener más información sobre las vacunaciones en el capítulo de este libro «Vacunas, lo mejor para la salud».

29. Tics nerviosos. ¿Qué hacer?

Algunos niños tienen tics nerviosos, movimientos repetitivos de alguna parte de su cuerpo, de los ojos, de la boca, de la cara, o costumbres que exasperan a sus padres y a los adultos que lo presencian. Por ello, los padres deciden consultar al médico, ya que creen que son manías del niño que pueden quitarse o que pueden ser manifestaciones de alguna enfermedad neurológica. Si tu hijo tiene alguno de estos tics repetitivos, la lectura de este capítulo probablemente te ayudará.

¿Qué son los tics?

Son movimientos muy rápidos, duran menos de un segundo, pero repetidos a veces docenas o cientos de veces, que aparecen y desaparecen repentinamente. Son involuntarios, no tienen ninguna finalidad, el niño no puede controlarlos, no sabe qué hacer para que desaparezcan. Pueden afectar a cualquier parte del cuerpo con movimientos de parpadeo, levantamiento de ojos, abrir la boca, contracción de la comisura bucal, sacar la lengua, chuparse los dedos, gestos de la cara, levantar los hombros, mover las manos, encoger los dedos, comerse las uñas, apretar los puños, arreglarse el pelo, estirar el vestido, oler objetos. A veces, los tics son vocales o ruidosos y los niños resoplan aire por la nariz o por la garganta, emiten gruñidos, ruido de aclaración de moco de la garganta, chasquidos de lengua, gemidos o hacen ruidos con las articulaciones de las manos o de la mandíbula. Los movimientos o los ruidos suelen ser rítmicos, con una cadencia que puede acelerarse cuando el niño tiene más tensión emocional y que disminuye o desaparece cuando está relajado.

Por qué se producen los tics

Se desconoce la causa de los tics, aunque se sabe que no es una epilepsia ni ninguna otra enfermedad del cerebro, de los nervios ni de los músculos. Los tics aparecen en los niños espontáneamente y desaparecen unos meses o años después sin saber el porqué.

Los movimientos son siempre involuntarios, no controlables por el niño. Éste experimenta una urgencia para realizarlos una y otra vez sin poder evitarlo. Mientras más se preocupa el niño por el tic, más lo repite, desapareciendo con el sueño para reaparecer al día siguiente o días después.

Tampoco se conoce por qué los tics son tres veces más frecuentes en los niños que en las niñas. Se sabe que no existe ninguna relación entre la aparición de tics y el nivel de inteligencia, ya que estos niños son totalmente normales en todos los aspectos, además son muy sensibles a todo, también a las críticas hacia sus gestos o ruidos.

Cómo ayudar a tu hijo

Sigue esta serie de pautas para auxiliar al niño que padece tics:

— Intenta averiguar si la aparición de los movimientos o ruidos repetitivos tiene relación con alguna circunstancia, por ejemplo, la hora de entrar en el colegio, el tiempo de la educación física o la clase particular de inglés. En ocasiones existe un desencadenante, tanto en la escuela como en casa, que anulándolo, cuando se puede, mejora la intensidad del tic.

— Nunca culpes a tu hijo por los tics, él no tiene culpa, no entiende por qué le pasan estas cosas, ni sabe cómo quitárselos. El castigo de sus padres no sólo no resuelve el problema, sino que empeora la situación y le produce dolor.

— No permitas que ningún miembro de la familia se burle de él. Esto disminuirá su autoestima, empeorando de esta manera la frecuencia e intensidad de estos movimientos nerviosos.

— Haz que tu hijo tenga tiempo para sí mismo y para divertirse. Muchos niños tienen un programa de actividades escolares, deportivas y sociales que les conduce a correr todo el día como si fueran pequeños ejecutivos. Llevan a casa deberes del colegio que les quitan varias horas de descanso, tienen clases de idiomas, de tenis, de piano, deportes y terminan la jornada tan estresados como la comenzaron. A veces, la culpa la tiene el colegio; otras, los padres; y en ocasiones, los

mismos niños, que se autoexigen demasiado.

Los tics pueden hacer de válvula de escape de las tensiones diarias. Vosotros los padres tenéis que ser menos exigentes con el niño e intentar que él sea, a su vez, menos exigente consigo mismo.

— No hables nunca de los tics. No preguntes cómo fueron los tics en el colegio ni en la actividad fuera de casa. Si lo preguntas, él entenderá que sus padres están preocupados, esto le producirá más tensión y los tics aumentarán.

— Prohíbe hablar de los tics en tu casa, especialmente cuando éstos no se producen. Tenga el niño en ese momento tics o no, no permitas que se comente nada acerca de ello.

— Si tu hijo te pregunta cuándo desaparecerá este problema, dile que pronto, cuando sea un poco mayor; desaparecerá porque los músculos y los nervios estarán más fuertes, todo él será más fuerte y ello hará posible que el problema desaparezca.

— Envíale mensajes en positivo, alábale, valora sus pequeños logros y mejora su autoestima.

Cuándo consultar al médico

Los tics nunca son una urgencia médica. Cuando son muy repetitivos, llamativos o persistentes es conveniente tener una consulta con el pediatra del niño.

Te sugerimos solicitar una consulta cuando:

— Los tics van acompañados de sonidos, palabras o gestos obscenos.

— Los episodios son muy frecuentes cada día.

— Los tics producen tristeza, depresión, disminución de la autoestima o sentimiento de vergüenza.

— Los tics repercuten en el rendimiento escolar, deportivo o dificultan las relaciones del niño con sus amigos o compañeros de colegio.

— Afectan a otros músculos del cuerpo que no sean la cabeza, la cara, el cuello o los hombros.

— La duración de los tics es muy larga, más de un año.

— También debes consultar al médico de tu hijo cuando tengas que hacer alguna otra pregunta sobre algún aspecto que te preocupe.

— Algunas veces, muy pocas, estos niños pueden necesitar ser vistos por un psicólogo o recibir algún fármaco que los ayude.

30. Sangrado por la nariz. Epistaxis

Cualquier hemorragia en los niños es muy escandalosa, sobre todo cuando es muy repetida, como suele ser la hemorragia nasal, que, aunque no es grave, asusta mucho, más a los padres que a los hijos. El sangrado por la nariz, llamado técnicamente *epistaxis*, es un motivo frecuente de consulta pediátrica y la causa más frecuente de consulta urgente al médico otorrinolaringólogo.

En este capítulo aprenderás a conocer las causas y las soluciones de este tipo de sangrado.

Por qué se produce la hemorragia nasal

El sangrado por la nariz se produce casi siempre por traumatismo, frecuentemente inadvertido. El niño se introduce su dedo en ella, generalmente mientras duerme, se rasca y se lesiona los vasos sanguíneos. En el tabique nasal existen muchos vasos sanguíneos, sobre todo en la parte anterior de la nariz, un lugar muy accesible al dedo del niño. El picor de nariz aumenta en los ambientes cálidos y secos, característicos de las casas con calefacción durante los meses fríos, o en atmósferas irritantes, aires con polución, humo o aire acondicionado.

El sangrado nasal se produce también cuando hay inflamación del interior de la nariz por infección, debido a catarro o alergia. El traumatismo de la nariz, frecuente en los niños, puede producir epistaxis.

La mayoría de las veces, sin embargo, no existe ninguna causa desencadenante, estando dormido o despierto, el niño sangra porque sí o simplemente por sonarse con fuerza.

Excepcionalmente, el sangrado nasal es síntoma acompañante de alguna anomalía o alteración de la coagulación de la sangre o de la tensión arterial elevada.

A quién afecta el sangrado nasal

La hemorragia nasal se puede tener a cualquier edad, si bien es más frecuente en niños en edad escolar que en los preescolares y

adolescentes. En estos últimos es más frecuente en mujeres que en hombres, pero en los escolares es más frecuente en niños que en niñas.

A veces, el niño sangra periódicamente, cada pocos días. Esto no suele deberse a la existencia de una enfermedad de base, sino porque la costra que tapona la hemorragia nasal previa se ahueca para desprenderse y el niño con su dedo, o al sonarse, la termina de desprender prematuramente, volviendo así a sangrar otra vez.

Qué hacer si tu hijo sangra por la nariz

Si tu hijo sangra por la nariz, sigue los siguientes consejos:

— En primer lugar, debes estar tranquila, porque ningún niño pierde, por una hemorragia nasal, un volumen de sangre tan grande como para que le afecte seriamente. Nunca, excepto en sangrados de muy larga evolución, tu hijo correrá peligro. Esta sangre perdida es sustituida inmediatamente por unas reservas que todos los niños tienen. Mantener la calma es muy importante, a pesar de que el sangrado nasal sea muy aparatoso, porque de no hacerlo contagiarás el miedo a tu hijo, que responderá aumentando, de manera automática e inconsciente, su presión arterial. Esto significa que el vaso que está sangrando sangrará más porque la cantidad de sangre perdida por un conducto roto depende del tamaño de esta apertura y de la presión por la que circula el fluido, en este caso la sangre.

— Haz que tu hijo se suene frecuentemente la nariz para que salga el coágulo de sangre que se está formando y también el moco. Si aún no sabe sonarse la nariz, porque para muchos niños es difícil de aprender, no te preocupes.

— Déjale sentado, no tumbado. En esta última postura el sangrado resbala por la parte posterior de la nariz, y el niño se lo traga, siendo invisible a tus ojos. Tumbado puede seguir sangrando sin que tú lo percibas, mientras que sentado o reclinado si persiste el sangrado lo hace en forma de goteo por la nariz, y es por tanto muy visible. Tampoco pongas la cabeza hacia atrás, porque el sangrado no se ve aunque persista.

— Estando sentado o inclinado hacia adelante aprieta la parte blanda de la nariz con tus dedos, haciendo una pinza entre tu dedo índice y el pulgar, durante diez minutos medidos por reloj. Éste es el tiempo que el organismo tarda en fabricar un coágulo de sangre que obstruya el vaso que está sangrando. Durante este tiempo, lógicamente, el niño tiene que respirar por la boca, esto se lo explicarás antes de empezar la compresión de la nariz.

— Al finalizar esta operación continúa calmando a tu hijo, siéntate

con él, háblale y acaríciale. La tranquilidad baja la tensión arterial, descendiendo así el riesgo de nuevo sangrado. Después puede seguir rezumando alguna gota de sangre más aguada, que es el suero del coágulo que se está formando. No le toques la nariz, no la aprietes más y quédate tranquila.

— Si después de apretar la nariz durante diez minutos continúa la misma cantidad de sangrado, consulta a tu médico o acude a un centro de urgencias.

Qué otros tratamientos existen para el sangrado nasal

Algunas veces, aunque es bastante raro, el médico tiene que poner una gasa estrecha pero muy larga, impregnada con vaselina estéril, que introduce por el orificio de la nariz que sangra, para comprimir en su interior el orificio de la vena que está sangrando; se forma de esta manera como un ovillo de gasa que abomba hacia fuera el ala de la nariz. Este proceso se llama *taponamiento nasal anterior*. Dos días más tarde se retira este taponamiento. El niño no necesita ser hospitalizado, puede permanecer en casa. Como el taponamiento nasal es muy fácil de realizar, si tu hijo tiene frecuentemente sangrado nasal, puedes indicar a tu médico que te enseñe a llevarlo a cabo.

Excepcionalmente en los niños, el taponamiento anterior no soluciona la hemorragia, en este caso el médico otorrinolaringólogo realizará un taponamiento nasal posterior, que consiste en introducir una esponja que comprima el vaso sangrante por la parte posterior de la nariz. Raramente es necesario cauterizar con un bisturí la vena que sangra, se debe hacer con anestesia general.

Más consejos

Atiende además a estas indicaciones:

— Si tu hijo está tomando aspirina, retírala, porque facilita el sangrado. Si necesita un medicamento para la fiebre o el dolor, utiliza paracetamol o ibuprofeno.

— Humidifica el ambiente, poniendo en la habitación recipientes con agua o un humidificador de ambiente.

— Antes de sonar al niño, ponle unas gotas de suero salino o de agua tibia en cada ventana de la nariz.

— Cuando el sangrado es frecuente y por la noche, ponle dos o tres gotas de suero salino en cada ventana nasal antes de irse a dormir.

— Si los sangrados nasales son frecuentes o de mayor cantidad, consulta a tu médico. Cuando el niño sangra menos de cinco veces por

año, durante menos de cinco minutos o con un volumen de sangrado perdido de una o dos cucharadas soperas, no hace falta someterle a estudios especiales.

31. Soplo cardíaco

Los soplos cardíacos son ruidos que produce la sangre al pasar por el corazón o por los grandes vasos sanguíneos cercanos al corazón. Contrariamente a lo que muchas personas piensan, estos soplos no corresponden generalmente a enfermedades del corazón ni de los vasos sanguíneos, porque casi todos los soplos en los niños son funcionales o inocentes. Otros soplos, los menos, corresponden a soplos orgánicos, producidos por la alteración en la función o en la anatomía del corazón. Éstos habitualmente son debidos a cardiopatías congénitas, que consisten en malformaciones pequeñas o grandes del corazón. Algunas de estas malformaciones producen síntomas nada más nacer, pero otras originan soplos cardíacos u otros síntomas meses o años más tarde. Aunque la mitad de las cardiopatías congénitas se diagnostican en el primer año de vida, sólo uno de cada cincuenta soplos detectados en el primer año de vida corresponde a una cardiopatía congénita, mientras que los restantes cuarenta y nueve corresponden a soplos inocentes. En este capítulo aprenderás qué es un soplo funcional y cuándo un soplo puede corresponder a una enfermedad cardíaca.

Qué es un soplo funcional

Es un ruido cardíaco que aparece entre latido y latido en personas sanas, normales. Estos soplos, llamados también *inocentes*, pueden escucharse en recién nacidos, lactantes, niños o adolescentes con frecuencia. Los soplos funcionales no son preocupantes porque no es una enfermedad, es sólo un ruido que igual que aparece, desaparece.

Los soplos funcionales se producen por la turbulencia de la sangre al pasar por algunas de las cavidades del corazón. Todos los fluidos, también la sangre, pueden sufrir turbulencias al pasar por los conductos, igual que el agua hace torbellinos o remolinos que se escuchan al pasar por algunas tuberías, grifos o arroyos.

Los soplos inocentes se escuchan en el pecho, utilizando un fonendoscopio y seguramente son tan frecuentes en los niños de cualquier edad porque la pared torácica de éstos es muy delgada, también porque la sangre corre muy de prisa. Aunque los soplos inocentes pueden detectarse en cualquier niño sano, es más frecuente y fácil escucharlo entre los dos y cuatro años y cuando existe fiebre o anemia, porque en ambos casos la sangre circula más rápidamente.

Por tanto, si el médico de tu hijo dice que escucha un soplo funcional, no te preocupes, tu hijo tiene un ruido inocente, no una enfermedad en el corazón. Tu hijo puede correr, saltar y jugar, también puede realizar cualquier ejercicio físico y deporte que le corresponda por su edad, sin limitación, porque su corazón funciona perfectamente.

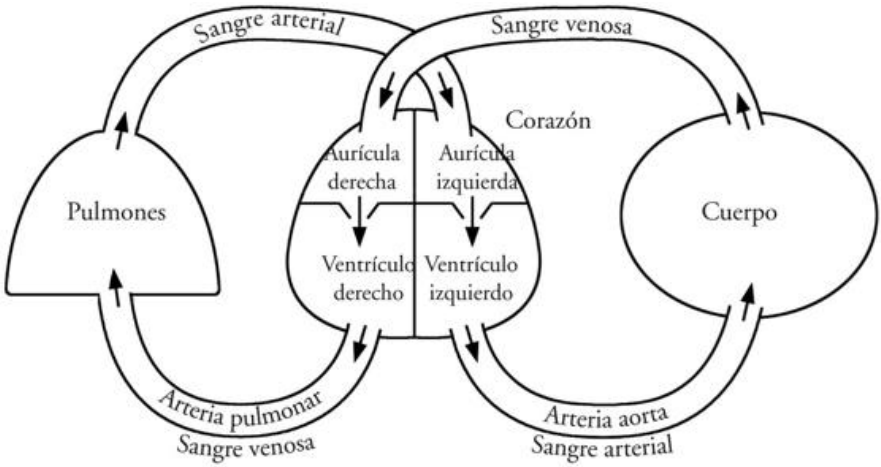
Obviamente, tu hijo no necesita acudir a un cardiólogo infantil, tampoco realizar ningún tipo de estudio, porque el diagnóstico del soplo funcional se realiza sólo así, escuchando con el fonendoscopio.

Qué es un soplo orgánico, por enfermedad

Es un soplo cardíaco producido por alteraciones en la forma, en la anatomía de las cavidades del corazón o de sus válvulas, que produce ruidos que por sus características, duración, tono y localización tienen un significado diferente, ya que cada lesión produce un tipo diferente de soplo.

El corazón se compone de cuatro cavidades, dos en el lado izquierdo y dos en el derecho (ver el esquema), la aurícula y ventrículo derecho, por donde circula la sangre venosa, pobre en oxígeno; y la aurícula y ventrículo izquierdo, por donde circula la sangre rica en oxígeno, llamada *arterial*. La sangre llega a la aurícula derecha, procedente de las venas del cuerpo, desde donde es impulsada a los pulmones para ser oxigenada y volver a las cavidades izquierdas, desde donde vuelve a ser impulsada a través de la arteria aorta hacia todo el organismo. Las cavidades izquierdas y derechas no se comunican en condiciones de normalidad, cuando lo hacen es porque existe un defecto congénito, de nacimiento, un orificio en la pared que las separa. Estos orificios o agujeros pueden estar en la aurícula o en los ventrículos dando lugar a dos malformaciones congénitas llamadas *comunicación interauricular* (CIA), generalmente benigna, y *comunicación interventricular* (CIV), cuya gravedad depende del tamaño de dicho orificio. Tanto en la CIA como en la CIV la sangre

pasa inadecuadamente, generalmente de las cavidades izquierdas a las derechas, sobrecargando innecesariamente el trabajo del corazón y produciendo un soplo cardíaco específico.



Circulación sanguínea.

Los soplos cardíacos pueden estar producidos también por las válvulas cardíacas. En las cavidades cardíacas el sentido de la sangre siempre es el mismo, es unidireccional, hacia delante, pasando la sangre desde las aurículas a los ventrículos, y desde aquí a los grandes vasos. El ventrículo derecho evacua su sangre hacia la arteria pulmonar, mientras que el izquierdo lo hace a través de la arteria aorta. Entre cada aurícula y su ventrículo existe una válvula que los separa y que permite que la sangre pase de la aurícula, cuando ésta se contrae, a su ventrículo, que a su vez se contrae cuando está lleno, mandando la sangre hacia la arteria pulmonar o aorta. La sangre de los ventrículos no puede volver hacia atrás, hacia las aurículas, porque las válvulas que están entre ambas cavidades se lo impiden, al cerrarse en estos precisos momentos. La sangre que ha sido expulsada por las dos grandes arterias tampoco puede volver a los ventrículos, porque existen unas válvulas llamadas *pulmonar* y *aórtica* que impiden su retroceso. Se produce soplo cardíaco cuando las válvulas no funcionan adecuadamente, bien porque no cierran herméticamente, dejando que refluya sangre al compartimento anterior, o bien porque son demasiado estrechas, situaciones que se conocen como insuficiencia y estenosis valvular, respectivamente. Estos soplos —los de insuficiencia y los producidos por estenosis o estrechez de alguna de las cuatro

válvulas cardíacas— son característicos y diferentes.

Cuándo sospechar una enfermedad cardíaca

Aunque el diagnóstico de cardiopatía lo realizara lógicamente el médico, analizando las características del soplo, el resultado de la ecografía y del electrocardiograma, tú puedes sospechar una cardiopatía si tu hijo tiene al nacer o en las siguientes semanas algunos de los siguientes síntomas:

— Coloración azulada o morada de labios, dedos y uñas de manos y pies, espontánea o cuando llora.

— Dificultad para comer, se fatiga al succionar tu pecho o el biberón.

— Sudoración intensa cuando come.

— Escasa o nula ganancia de peso.

Las cardiopatías congénitas, aunque existen desde el nacimiento, a veces tardan meses o años en hacerse visibles. Los niños mayores con enfermedad cardíaca pueden tener uno o más de los siguientes síntomas:

— Fatiga, más intensa con el ejercicio.

— Dificultad o imposibilidad para practicar deportes y actividades físicas.

— Palpitaciones cardíacas.

— Dolor torácico.

— Infecciones respiratorias de repetición.

Además, debes sospechar una cardiopatía congénita si tu hijo forma parte de los grupos de riesgo de padecer este tipo de enfermedades. Los niños con más riesgo son los siguientes:

— Afectos de síndrome de Down. Más de uno de cada tres tienen comunicación interauricular o interventricular.

— Niñas con síndrome de Turner. Aproximadamente un tercio tienen estrechez de la arteria aórtica o anomalías de la válvula aórtica.

— Anomalía cromosómica. Cualquier otra alteración cromosómica puede asociarse a cardiopatía congénita.

— Antecedentes familiares de cardiopatía congénita. Aumenta el riesgo entre tres y diez veces.

— Enfermedades maternas durante el embarazo. Las infecciones víricas contraídas durante el primer trimestre de gestación aumentan el riesgo de cardiopatía congénita, especialmente la rubéola. También la diabetes materna no controlada, el consumo de alcohol durante la

gestación y el consumo de fármacos como anfetaminas, antiepiléticos, estrógenos y progesterona.

Las cardiopatías congénitas no son muy frecuentes, aparecen en aproximadamente uno de cada cien recién nacidos. Existen múltiples malformaciones cardíacas; la mayoría son leves, pero otras pueden ser muy graves, en cuyo caso los síntomas aparecen nada más nacer. Éstas precisan tratamiento, generalmente quirúrgico, en los primeros días o semanas. La mayoría de los niños con cardiopatías pueden hacer una vida normal o casi normal y, aunque algunas precisan corrección quirúrgica, existen técnicas operatorias muy eficaces y seguras. Unas veces la cirugía se hace a corazón abierto, pero otras son poco invasivas, se realizan a través de catéteres, con un cable que, introducido por una vena generalmente de la ingle, llegan al corazón, reparando el defecto.

El diagnóstico de cardiopatía congénita se realiza cada vez más frecuentemente antes de nacer, pudiendo repararse la cardiopatía incluso prenatalmente.

32. Infección de la orina. Infección del tracto urinario

La infección urinaria es la más frecuente después de la infección del aparato respiratorio, y contrariamente a ésta, que se sospecha por síntomas respiratorios o catarrales evidentes, la infección del tracto urinario puede pasar desapercibida durante mucho tiempo. Puede cursar sin síntomas o con síntomas poco claros, especialmente en los lactantes y niños pequeños.

El tracto urinario es la vía por donde pasa la orina. Ésta se forma en los riñones por el filtrado de la sangre. Por la orina se eliminan productos de desecho del organismo. Desde los riñones la orina pasa a la vejiga, que la almacena a través de unos conductos, uno por cada riñón, llamados *uréteres*. La orina sale al exterior a través de un conducto único, denominado *uretra*, conducto corto en las niñas, más largo en los niños, longitud que facilita que las niñas tengan más infecciones urinarias que los niños.

La infección urinaria es, por tanto, la infección generalmente por bacterias de cualquier parte del tracto o de las vías urinarias, riñón, uréteres, vejiga o uretra.

La infección más frecuente y afortunadamente la menos grave es la que afecta a las vías más bajas, uretra o vejiga, llamada *cistitis*. Cuando la infección ataca a las vías urinarias altas, uréteres y riñones, menos frecuente pero más grave, se llama *pielonefritis*.

Cómo se produce la infección urinaria

La mayoría de las veces el microbio entra en la vía urinaria de manera ascendente, esto es, subiendo desde el exterior por la uretra, desde la vulva y vagina en las niñas o desde el prepucio o el glande en los niños, hacia arriba, hasta infectar la vejiga, los uréteres o el riñón. Como las mujeres tienen la uretra mucho más corta que los hombres,

la infección urinaria es mucho más frecuente en niñas y mujeres que en niños, excepto en la época de recién nacidos, en la que los varones tienen más infecciones urinarias que las niñas.

Los microbios responsables suelen ser los que componen la flora microbiana intestinal. Éstos viven habitualmente en el colon sin hacer daño, salen y forman parte de las heces. La bacteria que más frecuentemente produce infección en la orina se llama *Escherichia coli*. A veces, aunque es raro, el microbio llega al riñón o a las vías urinarias a través de la sangre.

En condiciones normales, el chorro de la orina actúa como depurador de las bacterias que quieren subir desde el exterior para infectar. Además, la orina contiene sustancias antibacterianas —que son las propias defensas de las paredes de estos conductos— que impiden la infección en condiciones normales. A pesar de estas medidas naturales de protección, algunos microbios como el *Escherichia coli*, que es muy patógeno, muy agresivo para las vías urinarias, consigue finalmente infectarlas incluso en personas normales. Algunos niños están predispuestos a padecer infecciones urinarias, siendo factores facilitadores los siguientes:

— Niños con reflujo vesicoureteral. Consiste en que una porción de la orina nunca sale al exterior porque cuando se micciona, al hacer pis, esta orina sube hacia arriba por los uréteres, en vez de bajar por la uretra al exterior. En condiciones normales la orina nunca puede volver hacia atrás, siempre tiene una misma dirección, que es hacia el exterior, nunca hacia arriba. Ello se debe a que en la desembocadura de los uréteres, en la vejiga, existe una válvula que permite que la orina desagüe en la vejiga, pero no que suba, en cada uréter existe una válvula unidireccional. Cuando esta válvula falla, al miccionar, la orina sale al exterior a la vez que vuelve a subir hasta los riñones, facilitando la infección de éstos. El reflujo vesicoureteral se tiene desde el nacimiento, aunque puede pasar desapercibido durante meses o años.

— Anomalías o malformación de alguna parte de las vías urinarias, como estrecheces o estenosis de alguno de los conductos.

— Hábitos higiénicos inadecuados, como beber y orinar muy poco, ausencia o escasez de limpieza de la zona del pañal, no cambiar los pañales durante mucho tiempo... En los niños mayores, retener la orina hasta que se escapa o utilizar braguitas de fibra sintética en vez de algodón.

Cómo se manifiesta la infección urinaria

La infección urinaria puede existir sin síntomas o con síntomas generales muy escasos, sobre todo en los niños más pequeños; éstos pueden tener únicamente fiebre o vómitos, rechazo de la alimentación, irritabilidad, incluso puede no existir fiebre. La forma de manifestarse la infección urinaria varía de un paciente a otro, pero en general los síntomas dependen de la edad, de la localización de la infección dentro del tracto urinario y de la gravedad de la infección. Según su edad, se manifiesta así:

— Los recién nacidos y lactantes de pocos meses pueden tener escasa ganancia de peso, vómitos, diarrea, distensión del abdomen, fiebre o, por el contrario, hipotermia, decaimiento y a veces ictericia.

— Los lactantes de más edad, hasta los dos años, suelen tener fiebre alta, a veces fiebre prolongada sin causa aparente ni localización del foco infeccioso. Otras veces tienen vómitos, decaimiento, diarrea y distensión abdominal, la orina es de olor fuerte, maloliente o turbia, y a veces aparece sangre en la orina.

— Los niños en edad preescolar y escolar manifiestan ya síntomas diferentes, que son dependientes de la localización de la infección dentro del tracto urinario. La infección urinaria baja, la que afecta a la vejiga o a la uretra, cursa con dolor y escozor al orinar, necesidad de orinar muchas veces, pero poca cantidad, a veces sólo unas gotitas. La infección de la vía urinaria alta, la que afecta al riñón, produce dolor lumbar o abdominal y fiebre elevada. Es un síntoma también sugestivo de infección urinaria la incontinencia urinaria diurna o nocturna en niños que ya controlaban estas funciones. Cuando la infección es grave, sobre todo en recién nacidos y lactantes, los síntomas característicos son intenso decaimiento y apariencia de gravedad, manifestada por mala coloración de la piel, palidez y disminución del nivel de conciencia.

Cómo se realiza el diagnóstico de infección urinaria

Diagnosticar una infección en la orina es tan sencillo como importante; no diagnosticarla —y en consecuencia no tratarla— puede llevar a la lesión de los riñones. Este daño puede ser incluso irreversible, especialmente en los niños menores de seis años, en los que la infección puede existir sin ningún síntoma y ser silenciosa. Además, los riñones de los niños pequeños son más vulnerables

porque están en vías de crecimiento y maduración.

El diagnóstico de certeza se realiza por el análisis de la orina. Existen unos análisis rápidos que son de sospecha y otros más lentos que permiten confirmar la infección. El análisis de sospecha consiste en examinar la orina con un microscopio, también en la introducción en la orina de unas tiras reactivas que se tiñen de colores. Estas tiras pueden detectar la existencia de leucocitos, que son los glóbulos blancos sanguíneos, que acuden a los lugares de infección, en este caso la orina; también detectan nitritos, un producto químico que algunas bacterias consiguen producir, la presencia de nitritos en la orina es muy sugestiva de infección.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante el cultivo de orina. Consiste en sembrar la orina del paciente en un medio adecuado, que facilite la multiplicación de los microbios existentes en la orina, permitiendo así su identificación unas horas más tarde. Esta técnica permite conocer el antibiótico más eficaz, el que más bacterias mata, denominado *antibiograma*.

En algunas ocasiones, sobre todo cuando la infección aparece una y otra vez, el médico aconsejará realizar una ecografía del riñón. Otra veces indicará una radiografía especial llamada *cistouretrografía miccional*, cuyo objetivo es conocer el camino de la orina, justamente cuando se está orinando, lo que permite identificar el reflujo o retroceso de la orina desde la vejiga hasta los riñones.

Técnicas para recoger orina para el cultivo

Es imprescindible que la recogida de orina para su cultivo sea realizada con una técnica estéril, que asegure que el microbio aislado procede de la orina del paciente y no de la contaminación de ésta por gérmenes procedentes del exterior.

En los niños pequeños, los que no controlan los esfínteres, la recogida de orina se realiza a través de las siguientes técnicas:

Bolsas de recolección de orina

Son bolsas estériles que se aplican sobre el pene o sobre la vagina, que previamente se han limpiado con agua y jabón. Las bolsas tienen un sistema autoadhesivo, se pegan a la piel y se retiran cuando el niño ha emitido orina. Cuando tarda más de treinta minutos en miccionar, la bolsa debe ser cambiada por otra, porque el riesgo de contaminación

por gérmenes de las zonas cercanas es tan alto que confundiría, no podría conocerse con seguridad si la bacteria aislada procede de la orina del paciente o es contaminación. Para facilitar la emisión de orina es conveniente ofrecer biberón de leche o líquidos antes y durante la recolección de orina. Algunas veces, para conseguir una muestra adecuada, es necesario desechar varias bolsas. Se considera que existe infección cuando se aíslan en el laboratorio más de cien mil colonias de bacterias por cada milímetro cúbico de orina.

Sondaje de la vejiga
Consiste en la introducción de una sonda o tubito de plástico estéril a través de la uretra, en la punta del pene en niños o de la vagina en las niñas, hasta llegar a la vejiga. Se recoge así orina directamente de la vejiga, orina que en condiciones normales debe ser estéril. Por eso se considera infección cualquier crecimiento, aunque sea pequeño, de bacterias.

Punción suprapúbica
Algunas veces es necesario pinchar directamente la vejiga para extraer orina. La punción se realiza en la parte inferior del abdomen, con una aguja. Aunque parezca un procedimiento doloroso y agresivo, no lo es, duele menos que una inyección intramuscular y a veces es la única forma de conseguir una muestra fiable de orina.

Recogida directa
A los lactantes pequeños, menores de uno o dos meses de edad, se les puede recoger la orina esperando el chorro que se provoca haciendo masaje circular en la parte baja del abdomen, en la piel encima de la vejiga urinaria, entre el ombligo y los genitales. Este masaje produce el acto reflejo de la micción, que se recoge al vuelo, siempre que se tenga preparada previamente la bolsa estéril de recogida de orina. A los niños mayores, en edades de responder a las órdenes, se les puede recoger la orina directamente del chorro, despreciando la primera parte de la micción. Se utiliza para la recogida, lógicamente, un recipiente estéril que se puede adquirir en el hospital o en la farmacia.

¿Se puede prevenir la infección urinaria?

La infección urinaria no es contagiosa, no se transmite de un niño a

otro; por tanto, no son necesarias medidas de aislamiento. Lógicamente, estos niños tampoco deben dejar de asistir a la guardería o al colegio.

Las siguientes medidas pueden prevenir en tu hijo la infección urinaria, las más recomendables son:

— Ofrece a tu hijo líquidos frecuentemente, porque eso facilita la limpieza de la vía urinaria, al aumentar el volumen de orina y el arrastre de bacterias hacia el exterior. Si tu hijo es pequeño, menor de seis meses, su alimentación será líquida y en consecuencia orinará mucha cantidad; pero a partir de esta edad la alimentación progresivamente más sólida aconseja que le ofrezcas agua entre tomas. Los niños y niñas de edad preescolar y escolar no suelen tomar agua, les aburre, ofrécele agua o cualquier otro líquido, aunque no quiera, porque estar bien hidratado evita el estreñimiento, la infección urinaria y otros problemas.

— Cambia los pañales con frecuencia, sobre todo después del primer año de vida, esto evita la irritación de la piel de la zona del pañal y del final de la uretra. Además, previene la proliferación de las bacterias.

— Enseña a tu hijo, si es mayor y controla los esfínteres, a que no se aguante las ganas de orinar, porque la orina que está mucho tiempo en la vejiga tiene más riesgo de infectarse. Aunque tu hijo no quiera vaciar su vejiga, o te diga que no tiene ganas, insiste en que lo haga, para muchos niños esto es una pérdida de tiempo y aguantan sin orinar hasta que se les escapa.

— Enseña a tu hija a limpiarse adecuadamente. Después de cada deposición se debe limpiar con papel higiénico, de delante hacia atrás, no al revés, para evitar transportar bacterias desde el ano hacia la uretra.

— No utilices braguitas de tejido sintético ni de nailon, usa las de algodón, que permiten la transpiración y no favorecen la proliferación bacteriana.

— Evita o combate el estreñimiento, que puede favorecer también la infección urinaria.

Cuál es el tratamiento de la infección urinaria

El tratamiento es muy sencillo y debe ser realizado lógicamente por tu médico. Consiste en antibióticos, administrados generalmente por boca, durante un período habitualmente de una semana; la mejoría es

rápida en los primeros dos o tres días de tratamiento. El tipo de antibiótico depende del microbio responsable de la infección, también de la edad. Los recién nacidos y lactantes muy pequeños pueden necesitar antibióticos administrados por vía intravenosa.

Después del tratamiento es necesario asegurar, mediante un nuevo cultivo de orina, que la infección ha desaparecido. Cuando persiste o recidiva, el médico te indicará la realización de más controles de análisis de orina rutinarios. A veces es necesario realizar estudios para descartar reflujo vesicouretral o malformación renal o en la vía urinaria. En esos casos, algunos, muy pocos precisan cirugía.

Algunos niños con reflujo vesicoureteral necesitan antibióticos durante largos períodos de tiempo, meses o años, pero en dosis muy pequeñas, generalmente una dosis al acostarse. Ello tiene por objeto evitar el crecimiento bacteriano en la orina durante la noche.

Aunque el tratamiento de la infección urinaria es muy sencillo y por ello se realiza ambulatoriamente, algunos niños necesitan ser hospitalizados para asegurar la curación. Debes acudir al hospital si tu hijo:

— Tiene fiebre muy alta y le duelen los riñones o la zona lumbar.

— Tiene menos de seis meses, fiebre sin focalidad y antecedentes de infección urinaria previa.

— Aparenta enfermedad grave, intenso decaimiento, fiebre y mala coloración de la piel.

— Se niega a comer y beber, especialmente si tiene menos de doce meses, porque existe el riesgo de deshidratación.

— Si la infección urinaria cursa con vómitos que impiden recibir el antibiótico imprescindible para su curación.

Aunque la infección urinaria se resuelve completamente en la mayoría de los casos, algunas veces los microbios pueden permanecer en silencio deteriorando los riñones durante años. Con el tiempo, estos riñones pueden quedarse pequeños, insuficientes para depurar la sangre o ser productores de hipertensión arterial. Evitar esta mala evolución está en gran parte en tus manos y en las de tu médico.

33. Dolor de cabeza. ¿Cuándo preocuparse?

La cefalea es el más frecuente de los dolores de los niños, especialmente entre escolares y adolescentes. Seguramente, las cefaleas de tu hijo te producen muchos dolores de cabeza también a ti, porque en algún momento piensas que puede tener alguna enfermedad mala, innombrable. Afortunadamente, la mayoría de las cefaleas infantiles son muy benignas y pueden ser tratadas en tu domicilio. En este capítulo aprenderás a orientar este problema, así como a conocer los verdaderos signos de alarma.

Por qué se produce la cefalea

El dolor de cabeza se produce no sólo por motivos que afectan al interior de la cabeza, también por problemas en otras partes del organismo. Además puede ser de aparición aguda o crónico, repetido, siendo las causas y el significado de ambos muy diferentes.

Este último dolor de cabeza, el repetitivo, frecuente o crónico, es el que más preocupa a los padres, por la frecuencia, la tristeza y el absentismo escolar que produce. Las dos causas más frecuentes son la migraña, llamada también jaqueca, y la cefalea tensional. Más raramente puede ser secundario a trastornos de la visión, tensión arterial elevada o no dormir bien por las noches.

El dolor de cabeza agudo único se suele acompañar de otros síntomas: fiebre, que cuando es elevada produce por sí sola cefalea; sinusitis, que cursa con catarro respiratorio, con tos, mucosidad en nariz y garganta; dolor de cabeza por traumatismo craneal; dolor por infección dental, así como otras infecciones, por ejemplo otitis. El dolor de cabeza puede estar producido muy infrecuentemente por problemas internos de la cabeza, meningitis, encefalitis, hemorragia cerebral, tumor cerebral o problemas vasculares intracraneales. La

meningitis y la encefalitis producen fiebre y síntomas neurológicos muy evidentes, como rigidez de nuca, parálisis de alguna parte del cuerpo o convulsiones. Los tumores cerebrales, además de cefalea crónica de larga duración, suelen estar acompañados de vómitos en escopeta, decaimiento o estrabismo. Puedes aumentar tus conocimientos sobre algunas de estas enfermedades en los capítulos correspondientes: «Meningitis. Cómo reconocerla y prevenirla» y «El niño con cáncer. ¿Cuándo sospecharlo?».

Migraña

Llamada también *jaqueca*, es una enfermedad leve, pero frecuente en niños, que generalmente aparece de una manera periódica cada cierto tiempo. La migraña es una causa muy importante de la cefalea en los niños. La mayoría de estos niños tienen antecedentes familiares, padres, tíos o abuelos que también tienen o han tenido migrañas. Algunos conocen cuándo tendrán jaqueca por la aparición de otros síntomas previos al dolor, tales como náuseas, malestar general, palidez, vértigo, adormecimiento de los labios o visión de moscas o lucecitas volando.

El dolor puede ser sólo de la mitad de la cabeza, es un dolor intenso y pulsátil, como latidos o martillazos en la cabeza. Otras veces, el dolor es intenso, ocupa toda la cabeza y se asocia a dolor abdominal, náuseas y vómitos. En ocasiones, los niños pueden tener alteración del equilibrio, visión borrosa, imposibilidad para hablar, pérdida de fuerza y caídas al suelo, incluso pérdida de conocimiento. Cuando estos últimos síntomas aparecen por primera vez en un niño o niña, ellos y sus padres tienen gran ansiedad, porque creen que existe una enfermedad grave y consultan asustados a su médico. La desaparición de la jaqueca y la recuperación de la normalidad en las actitudes y comportamientos es un indicador excelente de estar ante un ataque de migraña. La migraña puede ser desencadenada por el ejercicio físico, el ayuno prolongado, la menstruación, los ruidos intensos o las luces intermitentes, el estrés o la tensión emocional y por determinados alimentos, como el chocolate, el queso, los frutos secos, los helados y los picantes.

Dolor de cabeza de tensión

Es el más frecuente de los dolores de cabeza en edades infantiles, más en las niñas que en los niños, sobre todo en los años de adolescencia. Es un dolor no pulsátil, no aparece martilleo de cabeza, constante, opresivo, como si algo comprimiera la cabeza, y difuso. El dolor es bilateral, no en media cabeza, más intenso en la parte posterior. No

suele acompañarse de náuseas, vómitos ni de ningún otro síntoma, pérdida de equilibrio, visión o conciencia, como sucede en algunas migrañas. El dolor nunca despierta a los chicos por la noche. Estos dolores pueden ser sólo por las mañanas, también al atardecer, al volver del colegio, o durar todo el día. Pueden ser dolores intermitentes, y su duración varía desde sólo algunos días a semanas e incluso meses. A veces son breves, pero en otras ocasiones son intensos y producen fatiga, decaimiento y tristeza. El dolor puede desaparecer en los períodos de vacaciones, excepto si el niño se aburre.

Las causas del dolor de cabeza tensional suelen ser psicológicas o por estrés, bien por motivos escolares, tales como miedo al profesor o a un examen, peleas o conflictos entre compañeros, o bien por motivos familiares, por ejemplo, miedo a no obtener las calificaciones que desean los padres, o por otras causas de temor o tensión emocional en la vida de estos niños (consulta el capítulo «Miedo, estrés y ansiedad»).

Otras causas de dolor de cabeza

Mala postura
Algunos niños tienen dolor de cabeza provocado por una mala postura, porque tensan los músculos del cuello durante la jornada escolar y lo hacen también mientras realizan sus deberes. Son niños muy concentrados en sus trabajos escolares, que mantienen la misma postura del cuello y de la cabeza, generalmente forzada, durante largo tiempo.

Problemas de visión
Aunque los problemas en la refracción son muy frecuentes en los niños, no son una causa común de dolores de cabeza. Sin embargo, es importante que a los niños —tengan o no cefaleas— se les evalúe la agudeza visual mediante una revisión rutinaria.

Aumento de la presión dentro de la cabeza
Algunas enfermedades raras, aunque dramáticas, producen aumento de la presión dentro de la cabeza debido a una hemorragia o a una infección (meningitis, encefalitis...). Estas infecciones se acompañan siempre de fiebre, trastornos del nivel de conciencia, consistente en tendencia al sueño, convulsiones e incluso coma. El dolor de cabeza es

de corta duración y no es el síntoma más importante, ya que el diagnóstico se realiza siempre en pocas horas.

Los tumores cerebrales y la hemorragia cerebral producen vómitos con fuerza llamados *en chorro* o *escopeta*, dolor que despierta durante la noche y generalmente cambios en el carácter.

Cuál es el tratamiento. Qué hacer cuando tu hijo tiene dolor de cabeza

El dolor de cabeza debe ser suprimido, ya que no tiene ninguna función y es inhumano mantener así a tu hijo. Puedes administrarle un analgésico común, como ibuprofeno, paracetamol o metamizol, cuya dosis depende del peso de tu hijo y no de su edad. Aunque en los envases de estos preparados se aconseje la dosis dependiendo de la edad, debes consultar a tu médico para que te indique la dosis concreta que le corresponde a tu hijo.

Para las migrañas
Existen tratamientos más específicos, tanto para suprimir como para prevenir las migrañas. Estos medicamentos deben ser indicados siempre por tu médico, que te aconsejará el tipo de medicación adecuada, la dosis y la frecuencia, que dependerán de la intensidad y frecuencia de los ataques de migraña. Cuando la migraña es muy repetitiva, intensa o duradera puede probarse un tratamiento profiláctico que intente prevenir nuevos episodios.

Para el dolor de cabeza tensional
Es fundamental el cambio en el estilo de vida. Más horas de descanso y sueño, combatir el estrés emocional, disminuyendo la responsabilidad, la autoexigencia propia y familiar y haciendo ejercicios físicos.

Cuándo consultar al médico

Si el dolor de cabeza viene acompañado de alguno de los siguientes síntomas, debes consultar con tu médico:

— Siempre que la cefalea le despierte durante la noche.

— Si se produce un cambio de carácter con o sin disminución del

rendimiento escolar.

— Si percibes tristeza, decaimiento, pérdida de interés por las cosas, apatía.

— Si el niño tiene vómitos sin náuseas, vómitos con fuerza o en chorro.

— Si el dolor de cabeza no desaparece con el tratamiento.

— Cuando la cefalea aumenta al ir al baño, al correr o al cambiar de posición.

— Si hay trastornos de la audición (oír ruidos o cosas raras), de la visión (dejar de ver bien o ver cosas raras, aparición de estrabismo).

— Si se produce una alteración de la marcha, tendencia a ladearse, dificultad para mantener la postura durante la marcha.

Síntomas de alarma

Algunos síntomas obligan a una consulta urgente. Si tu hijo presentase alguno de ellos, no esperes a la consulta reglada con tu médico, acude a un centro hospitalario de urgencias. Estos síntomas de alarma son:

— Dolor de cabeza, fiebre y vómitos, especialmente si éstos son con fuerza, en escopeta, el vómito es proyectado a más de un metro de distancia.

— Cefalea con somnolencia y escasa respuesta a los estímulos o aturdimiento.

— Dolor de cabeza y torcer un ojo (estrabismo).

Afortunadamente, la gran mayoría de los dolores de cabeza en los niños son benignos, raramente son síntoma de alguna enfermedad, y sólo excepcionalmente son provocados por un tumor cerebral. Sin embargo, esta última posibilidad, aunque muy rara, es la que más angustia produce a los padres. Puedes informarte más en el capítulo «El niño con cáncer. ¿Cuándo sospecharlo?».

34. Mononucleosis infecciosa. La enfermedad del beso

La mononucleosis infecciosa es, como dice su nombre, una enfermedad infecciosa producida por un virus de la familia de los que producen herpes, llamado virus de Epstein-Barr, un virus distribuido muy ampliamente por todo el mundo.

Se transmite a través de la saliva y el beso, por ello se la conoce también como *la enfermedad del beso*.

Cómo se produce la mononucleosis infecciosa

La saliva de los enfermos que han padecido esta enfermedad segrega este virus durante muchos meses después de haberse curado, incluso más de un año. Algunos pueden mantenerlo durante toda su vida, con períodos intermitentes en los que no lo emiten, todo ello estando completamente libres de síntomas. Por eso este virus es tan frecuente en la naturaleza, estimándose que el 95 por ciento de los adultos han sido infectados por él, aunque en muchos esta infección fue sin síntomas, sin enfermedad aparente.

Los niños pequeños están protegidos contra el virus de la mononucleosis durante los primeros meses de su vida, porque los anticuerpos de su madre pasaron a través de la placenta y el cordón umbilical a la sangre del bebé, confiriéndole protección transitoria. Todas las personas, niños o adultos, que la han padecido adquieren una inmunidad muy duradera, seguramente durante toda su vida.

La infección se produce a través de la saliva infectada, con un beso en la boca. Se necesita este contacto íntimo, otros contactos circunstanciales con la saliva a través de vasos, lapiceros o besos no bucales pueden contagiar pero con mucha menos frecuencia. Como los adolescentes suelen utilizar el beso íntimo para expresar su cariño, se infectan. Ésta es una enfermedad de jóvenes en los países y zonas con

buen nivel sociosanitario, en los más deprimidos y en el Tercer Mundo suele aparecer antes, en los niños incluso en la edad preescolar.

Cómo se manifiesta la mononucleosis infecciosa

La mayor parte de los niños que se infecta por este virus no tiene ningún síntoma o éstos son leves. No debes pensar que tu hijo tiene una mononucleosis si tiene menos de dos años, porque es muy infrecuente a esta edad, casi imposible en los primeros meses de vida. Aparece a partir de los cuatro años y sobre todo en la época de la adolescencia.

En la mayoría de los niños pequeños se manifiesta como una faringitis con o sin amigdalitis, mientras que en los niños de mayor edad, los escolares, adolescentes y adultos, tienen otros síntomas que más adelante se detallarán. Desde que se produce la infección hasta que aparecen los primeros síntomas transcurre un tiempo variable, de diez a cincuenta días, en los cuales el niño ya infectado no aparenta enfermedad. Después comienza la inapetencia por los alimentos y por la actividad, se encuentra cansado y sin hambre, tiene dolor de vientre y de músculos, situación que puede durar una o dos semanas, diagnosticándose tarde, cuando ya han aparecido los síntomas típicos.

Éstos son fiebre —no siempre elevada—, dolor de garganta más intenso al tragar y ganglios o adenopatías, sobre todo en el cuello. Al abrir la boca, las amígdalas están aumentadas de tamaño, inflamadas y con un exudado en forma de película blanca adherida a ellas (figura 11), síntomas que con mucha frecuencia son confundidos con amigdalitis bacteriana por estreptococos, las anginas de los niños. Las adenopatías del cuello se manifiestan como bultos en el cuello o en la nuca, de tamaño variable, a veces los ganglios aparecen aumentados también en axilas e ingles. Estos síntomas pueden durar entre dos y cuatro semanas. Algunos, alrededor de cinco de cada cien niños con esta enfermedad, tienen un sarpullido (figura 30), un *rash* en brazos y cara, que al estirar la piel o al aplicar presionando un cristal transparente —por ejemplo, un vaso—, desaparece. Este exantema o sarpullido acompaña sobre todo a los que han sido inadecuadamente tratados con los antibióticos amoxicilina o ampicilina, por lo que muchas veces se confunde con alergia a estos antibióticos. Como el virus de la mononucleosis ataca al hígado y al bazo, estas vísceras están aumentadas de tamaño, dato generalmente palpable por el doctor, que puede diagnosticar hepatitis benigna. Como el bazo es más

grande, está más desprotegido y es más frágil, existe mayor riesgo de rotura si sufriera un golpe, una contusión en el vientre.

Algunas personas, niños o adultos, se quedan durante semanas o meses después de haber padecido esta enfermedad con un gran cansancio, una astenia que les dificulta retomar su actividad anterior.

Qué hacer si tu hijo tiene mononucleosis

Si supones que tu hijo puede tener mononucleosis, por los síntomas que muestra o porque ha estado en contacto cercano con un enfermo reciente o antiguo, debes seguir estas pautas:

— Consultar a tu médico para confirmar o descartar el diagnóstico. Ello precisa generalmente la realización de un análisis de sangre, mejor una semana después de iniciarse los síntomas, porque antes el análisis puede ser negativo aun teniendo la enfermedad.

— Mantener un reposo relativo. Seguramente tu hijo agradecerá la disminución o ausencia de actividad física.

— Evitar los golpes en el abdomen, pueden fracturar su bazo, por ello no debe jugar al fútbol, baloncesto, balonvolea, rugby, ni ningún otro deporte de contacto.

— No administrar antibióticos, no son necesarios.

— Para la fiebre o el malestar, utilizar ibuprofeno o paracetamol en la dosis adecuada a su peso, no a su edad. Consulta a tu médico la dosis y los intervalos entre tomas.

— Tu hijo no necesita un aislamiento estricto, únicamente cuida que su saliva no entre en contacto con otras personas.

Cuándo consultar de urgencia, sin demora

La mononucleosis infecciosa se cura sola, sin tratamiento, en la gran mayoría de pacientes, pero en algunas rarísimas ocasiones necesita consultar con urgencia por la existencia de complicaciones. Debes hacerlo en las siguientes circunstancias:

— Si tu hijo tiene dificultad al respirar, el aire parece que no puede entrar en los pulmones, hace mucho ruido, como ronquidos al coger el aire debido a la gran inflamación de las amígdalas.

— Si los ganglios del cuello aumentan tanto que parece que se va a asfixiar.

— Si se niega a comer y a beber durante más de ocho horas (en niños pequeños) o de dieciocho a veinte horas (niños mayores y adolescentes).

— Si aparecen manchas rojas en la piel, puntitos o de mayor tamaño, de color rojo, que al estirar la piel no desaparecen, porque son hemorragias llamadas *petequias* o *púrpuras* (figura 27), o el signo del vaso es positivo (figura 9).

— Si la fiebre ya en descenso o remitida vuelve a reaparecer y se acompaña de intenso decaimiento y postración.

— Si disminuye su nivel de conciencia, no contesta cuando le hablas, tiene tendencia a dormir, se despierta para volver a dormirse o no parece interesarle ninguna otra cosa.

35. Enfermedades alérgicas. Rinitis, conjuntivitis y anafilaxia

Excepto en el período neonatal, la alergia es frecuente en todas las épocas de la vida y en todas las estaciones del año, y aún más frecuente en primavera, que es cuando los niños y adultos sufren picor de nariz y de ojos, moquean, estornudan y tosen por alergia a los pólenes, llamada *polinosis*.

Los niños, desde muy pequeños, pueden tener alergia a los alimentos, especialmente a las proteínas de la leche de vaca, y más tarde alergias a otros productos, como pescado, huevos, lentejas, frutos secos o mariscos; varios años después pueden mostrar alergia al polen. Algunos niños tienen alergia a los gatos, caballos o a otros animales y a cosas que los rodean. Aunque la mayoría de las alergias producen síntomas no graves, éstos son muy molestos, duran mucho tiempo, semanas o meses, dificultando la vida normal de los que las padecen. Otras veces, afortunadamente pocas, la alergia produce un cuadro grave de aparición brusca llamada *anafilaxia* o *reacción anafiláctica*.

En este capítulo aprenderás la forma de reconocer, prevenir y tratar las alergias más frecuentes, especialmente la alergia al polen. La urticaria, que también es una enfermedad alérgica, está descrita en el capítulo «Urticaria. Una reacción inofensiva que asusta».

Qué es la alergia

La alergia es una característica que poseen algunas personas de reaccionar de una manera inadecuada cuando entran en contacto con sustancias llamadas *alérgenos*. No todas las personas son alérgicas, sólo los predispuestos genéticamente, que se caracterizan por producir un anticuerpo llamado *IgE* frente a algunas de las sustancias que nos rodean, como pólenes, alimentos o medicamentos, que les provocan

una reacción alérgica, en la que se libera una sustancia llamada *histamina*, que es la responsable de los síntomas. Por ello, el tratamiento de las alergias se basa en medicamentos que frenan o impiden la liberación de histamina, los antihistamínicos. Los IgE se encuentra circulando por la sangre de estas personas, en las mucosas de la nariz, en la conjuntiva o en los bronquios; estos IgE, al contactar con la sustancia alérgica —como el polen—, producen una inflamación local con hinchazón de las mucosas de la nariz, ojos o bronquios y liberación de histamina.

Cuando la reacción se produce en la nariz, porque es el lugar de contacto con el polen que se inhala, el exceso de IgE desencadena una inflamación de las mucosas de la nariz, que se manifiesta en forma de rinitis alérgica. En escasas ocasiones la alergia a alimentos, medicamentos o picaduras de insectos produce una reacción generalizada con liberación masiva de histamina y otras sustancias. Ello produce salida del agua de los vasos sanguíneos, hinchazón de los labios y de la lengua que puede producir dificultad al respirar, por obstrucción de la vía aérea, y disminución de la tensión arterial; esta reacción alérgica —denominada *anafilaxia* o *reacción anafiláctica*— es muy grave.

La alergia es, por tanto, más que una enfermedad, una forma especial de reaccionar ante sustancias específicas.

Qué es el polen

El polen son granos muy pequeños, invisibles al ojo humano, producidos por las flores, por su aparato reproductor masculino, que gracias al aire son transportados al aparato reproductor femenino para producir su fecundación y la formación del fruto. El polen es el espermatozoide de las flores de los árboles, arbustos, hierbas y plantas. Contrariamente a lo que muchas personas creen, no es el algodoncillo o la pelusilla blanca que desprenden los chopos y otros árboles, esta pelusilla es inofensiva, nada tiene que ver con los pólenes, que permanecen invisibles, suspendidos en el aire. No todas las flores producen alergia, sólo aquellas que polinizan a través del aire; otras flores, generalmente las más vistosas y bellas, no polinizan por el aire, sino a través de los insectos, que son los encargados de transportar el polen de estas plantas. En general, las hierbas y malezas vulgares y el heno son productores de alergia al polen, mientras que las rosas, los geranios, claveles y otras flores más bellas no lo

producen. También son nocivos para las personas predispuestas el polen del olivo, del plátano, de los pinos, de las arizónicas... Existen por tanto diversos tipos de polen, un individuo puede ser alérgico a uno o a varios, y no a otros.

La cantidad de polen suspendido en el aire, que es el dañino, es diferente no sólo cada día del año, sino también en las distintas horas del día. Se puede medir a través de aparatos distribuidos por las principales ciudades, información que las personas alérgicas deben consultar para mitigar sus síntomas y programar su actividad (www.polenes.com). Los medios de difusión —radio, televisión y periódicos— también suelen proporcionar esta información. Los días peores son los soleados y ventosos a primera hora de la mañana, porque las flores se abren temprano por las mañanas. El aire arrastra el polen que queda suspendido en la atmósfera, hasta que por la tarde, con el descenso de la temperatura, cae al suelo, aumentando hacia la media tarde nuevamente los granos de polen de la atmósfera. Los mejores días para las personas polínicas son los lluviosos, cuando la sabia naturaleza impide o retrasa la apertura de sus flores, quedando el polen secuestrado en su interior. El aire de la costa, el que procede del mar, lógicamente, no tiene pólenes.

Cómo se manifiesta la alergia al polen

La alergia al polen o polinosis puede producir pocos o muchos síntomas, depende de cada persona, de su grado de alergia o de la cantidad de polen con el que esté en contacto. Respirar mucho polen produce síntomas, mientras que el resguardo y la protección de los ambientes donde está el polen los disminuye intensamente o los suprime. Los síntomas no comienzan hasta los cuatro o cinco años de vida, los primeros dos o tres años sirven para sensibilizarse. Como cada planta poliniza en una época del año, la alergia al polen puede aparecer en todas las estaciones, en otoño (polen de *Parietaria*), invierno (abedules, pinos, plátano), primavera (pólenes de hierbas vulgares, gramíneas, olivo). En cada zona del planeta las plantas polinizan en épocas diferentes del año, por eso es necesario consultar los niveles de granos de polen y el tipo suspendidos en cada zona.

Los síntomas más frecuentes de la alergia al polen son rinitis, conjuntivitis, malestar general y a veces asma. Los síntomas persisten lógicamente mientras el alérgeno continúa en el ambiente, generalmente varias semanas en la mayoría de los pólenes.

Rinitis alérgica
Produce estornudos múltiples, no aislados, en tandas de diez o más estornudos seguidos, goteo de moco como agua por la nariz y picor nasal. Existe otra rinitis no estacional, sino perenne, que no está producida por alergia al polen, sino a otras sustancias, que permanecen todo o casi todo el año en el ambiente, como pelos de animales —generalmente gatos—, hongos de la humedad o ácaros ocultos en el polvo de las cortinas o alfombras.

Conjuntivitis alérgica
Los síntomas que observarás si tu hijo tiene esta alergia son lagrimeo y picor de los ojos; después, enrojecimiento de la conjuntiva, que es la parte blanca de los ojos; más tarde, hinchazón de los párpados (figura 35); a veces, la inflamación de la conjuntiva es tan grande que sobresale la parte blanca, hallazgo que desaparece en pocas horas con el tratamiento. Con frecuencia, los síntomas de la rinitis y de la conjuntivitis se superponen, en este caso se denomina *rinoconjuntivitis alérgica*.

Asma
El asma consiste en la disminución de la «luz» de los bronquios, en consecuencia el aire pasa con dificultad a través de ellos. Los síntomas del asma son tos irritativa y persistente, respiración rápida, hundimiento de las costillas al respirar y ruidos como silbidos o pitidos, llamados *sibilantes*. Cuando la dificultad respiratoria aumenta, los niños hablan entrecortadamente o no pueden hablar. No todas las asmas son de origen alérgico, cuando lo son por alergia al polen no suelen aparecer los primeros síntomas hasta después de los tres o cuatro años. Puedes aumentar la información sobre este tema leyendo en este mismo libro el capítulo «Asma. Tos y silbidos en el pecho».

Qué puedo hacer si mi hijo tiene alergia

En primer lugar, debes investigar para conocer el origen de la misma, sea polen o no, es decir, averiguar cuándo se desencadenan los síntomas, en qué momento del día, época del año, si hay contacto con animales, consumo de determinados alimentos o medicamentos. Esta información facilitará el estudio de la alergia, si esto fuera aconsejado por tu médico.

— Si tu hijo es alérgico al polen, debes evitar en lo posible la exposición al mismo. Para ello, no abras las ventanas, no airees la casa o hazlo cuando el polen aún no ha salido al aire, muy temprano, antes de las cinco o seis de la mañana.

— Evita que tu hijo haga ejercicio físico o que permanezca en la calle, en el jardín o en el parque en las primeras horas de la mañana, hasta las once, y a partir de las seis de la tarde. Recuerda que la cantidad de polen suspendido en el aire es mayor en la primera y última parte del día. Esto significa que, si tiene muchos síntomas, tampoco puede salir en el recreo al patio del colegio. Los días de mucho aire y los días muy soleados debes ser muy estricta con las medidas anteriores.

— Los días de mucho polen no seques la ropa al aire libre, porque éste se queda pegado a la ropa.

— Adquiere mascarillas faciales, y pónselas cuando tenga que salir al exterior. Las mascarillas filtran el aire que respira y en consecuencia inhalará menos partículas de polen.

— Haz los viajes en coche con las ventanillas cerradas. El vehículo debe disponer de un filtro de pólenes.

— Si tu hijo presentase síntomas de conjuntivitis, utiliza gafas grandes de sol para salir a la calle, mejor con protectores laterales, como gafas de ventisca.

— Consulta con tu médico la aplicación de colirios antialérgicos, gotas nasales o medicación antihistamínica por boca; todo ello aliviará enormemente los síntomas.

— Algunas alergias, no todas, mejoran con vacunas cuyo objetivo es acostumbrar al organismo a tolerar pequeñas cantidades de alérgenos. Tu médico te indicará si es necesario realizar estudios alérgicos o no y si es conveniente el tratamiento con vacunas o no.

Anafilaxia

La anafilaxia es un cuadro muy grave que aparece rápida o bruscamente, generalmente después de comer un alimento, pescado, huevo, legumbres, frutos secos o moluscos, también por picadura de insectos.

Se manifiesta por la aparición de habones o enrojecimiento de alguna parte del cuerpo, hinchazón de labios o lengua, picor de boca, dificultad al respirar o coloración oscura y azulada de los labios, y a veces palidez de la piel con disminución del nivel de conciencia. La

anafilaxia es una grave manifestación de la alergia que generalmente precisa oxígeno y un tratamiento inmediato. Por ello estos niños o adultos deben ser trasladados sin demora a un hospital o centro sanitario.

Si tu hijo ha tenido ya una reacción anafiláctica o es intensamente alérgico a algún alimento o picadura de insecto, debes disponer en tu botiquín casero de una jeringuilla de adrenalina autoinyectable, que puedes adquirir en las farmacias (Adreyet® niños.) Esta jeringuilla se pincha en cualquier músculo, mejor en la pierna, a media altura y en la parte anterior; la inyección del medicamento en el cuerpo es automática, la propia jeringuilla está preparada para hacerlo todo. Con ella se alivian los síntomas, puede ser incluso salvadora, dándote tiempo para llegar al hospital o al centro sanitario.

36. Dolor abdominal. ¿Cuándo preocuparse?

El dolor en el abdomen es muy frecuente en los niños y suele asustar a los padres por la posibilidad de que se trate de una enfermedad grave, que precise ser tratada rápidamente, incluso con cirugía. Sin embargo, las causas y sus remedios son muy diferentes, siendo el dolor la mayoría de las veces resultado de problemas leves de fácil tratamiento. En este capítulo se dan las claves para que puedas diferenciar los distintos tipos de dolores abdominales y sepas abordarlos con premura o tranquilidad, dependiendo de cada situación.

Qué es el dolor abdominal

Es el dolor en el abdomen, en la tripa, barriga o panza. Existen dos tipos de dolores abdominales: el agudo, de aparición súbita —que asusta a los padres por la posibilidad de que se trate de una apendicitis o de otra enfermedad que necesite cirugía—, y el dolor abdominal crónico —que aparece y desaparece a lo largo de semanas o meses, desesperando también a los padres por el temor de que el niño tenga una enfermedad de lenta aparición—. A continuación nos referiremos al dolor de aparición aguda y en páginas posteriores al crónico.

Por qué se produce el dolor abdominal agudo

El dolor en el interior del abdomen no es característico ni específico de ninguna enfermedad, puede acompañar a dolencias tanto de dentro

como de fuera del abdomen. Además, las causas son diferentes en los niños pequeños y en los mayores. En los primeros tres años de vida, los niños no saben concretar dónde les duele, y manifiestan el dolor a través del llanto y la irritabilidad. Cuando se les palpa el abdomen lloran, pero también lo hacen cuando se les molesta tocándoles en cualquier otra parte del cuerpo. En estos primeros años de vida, el dolor abdominal suele estar producido por infección intestinal (gastroenteritis aguda), infección de la parte pulmonar más cercana al abdomen (neumonía), infección del riñón (pielonefritis) o infección de las amígdalas. La apendicitis aguda es muy rara en niños pequeños. La neumonía de las bases del pulmón puede producir dolor abdominal, también tos, fiebre y respiración más rápida. La úlcera de estómago y la gastritis causan dolor en la parte alta del abdomen, sin fiebre. El dolor alrededor del ombligo suele estar producido por gastroenteritis aguda o cólicos del intestino, aunque lo más frecuente es que no se encuentre ninguna causa, ninguna enfermedad. El dolor situado en la parte baja izquierda del abdomen, junto a la ingle izquierda, puede deberse al estreñimiento o al dolor de ovario o testículo, mientras que el dolor agudo que se sitúa en la parte baja derecha puede responder a inflamación del apéndice.

Los lactantes pueden tener invaginación intestinal, que consiste en la introducción de un pedazo del intestino dentro de otro, como si el intestino fuera un telescopio que encoge su tamaño para guardarse. Esto produce un cuadro de dolor agudo intenso, no controlable, palidez, sudoración y más tarde somnolencia y diarrea con sangre. El dolor aparece y desaparece a lo largo de varias horas.

A partir de los tres años, los niños ya señalan con su mano dónde les duele, pero hasta los cinco no saben precisar mejor el lugar exacto. En estas edades, entre los tres y los once años, la apendicitis, los traumatismos abdominales por golpes o caídas sobre el abdomen y el estreñimiento se suman a las causas infecciosas de los niños más pequeños.

Después de los once años y durante la adolescencia, el dolor abdominal puede estar producido por apendicitis aguda, neumonía, gastroenteritis, además de por causas ginecológicas, dolor menstrual, torsión o quiste de ovario, incluso por embarazo ectópico.

Apendicitis aguda. Qué es y cómo se manifiesta

El apéndice es una pequeña tripita que está en la parte inferior

derecha del abdomen, como una prolongación del intestino grueso. Todos tenemos apéndice, pero sólo algunos padecen apendicitis, que es la infección de esta pequeña víscera.

El apéndice no tiene ninguna función, no sirve para nada. Aunque puede infectarse a cualquier edad, es más frecuente en escolares y adolescentes, y es muy importante la detección precoz del cuadro.

La apendicitis aguda comienza con dolor leve, inicialmente alrededor del ombligo. Más tarde, en unas horas, el dolor se hace más intenso, constante y se localiza encima de la ingle derecha, en la parte baja derecha del abdomen. Siempre existe fiebre, no muy elevada, y frecuentemente se producen náuseas y vómitos. Horas después, el abdomen está duro y doloroso, los niños se acuestan porque les duele al andar.

En las siguientes horas, el apéndice infectado se puede romper y producir una peritonitis, complicación que solamente se puede evitar haciendo el diagnóstico y el tratamiento, que es quirúrgico, con rapidez.

A veces, los síntomas de la apendicitis son confusos, ya que se manifiesta con diarrea, similar a una gastroenteritis aguda, dolor abdominal mal localizado y fiebre; así es la llamada apendicitis retrocecal, consistente en un apéndice infectado escondido detrás del ciego, que es la primera porción del intestino grueso.

Otras veces, el diagnóstico es difícil porque los síntomas de la apendicitis no son los típicos descritos más arriba, sino fiebre, vómitos y rechazo de la alimentación; esto es característico de la apendicitis de los niños pequeños, los preescolares y lactantes. En éstos, el diagnóstico suele hacerse tardíamente, incluso cuando ya existe peritonitis, que es la infección generalizada del interior del abdomen.

Qué hacer ante un dolor abdominal agudo

Si tu hijo tiene un dolor abdominal agudo, lo primero que debes hacer es observarle, no darle medicamentos para suprimir el dolor. Debes comprobar si el dolor es como el de un cólico o continuo; si es fijo —se produce en un lugar preciso— o difuso, si existe fiebre o no, vómitos, diarrea u otros síntomas. Aplícale compresas tibias donde le duele, dale masajes suaves y tranquilízale. Si tu hijo recibe medicamentos analgésicos, éstos suprimen el dolor y la fiebre, dificultando el diagnóstico de apendicitis. Es uno de los pocos dolores que no deben tratarse hasta que el médico lo decida, porque ya ha

realizado el diagnóstico. Tampoco debes darle antiespasmódicos.

Cuando el dolor es como el de un cólico, los niños se doblan sobre sí mismos, llevándose las manos al abdomen, se quejan, hacen gestos de sufrimiento y el malestar desaparece en pocos minutos para volver a aparecer un rato más tarde. Estos dolores son característicos de las lesiones de las vísceras huecas del abdomen, que son el intestino (cuadros diarreicos), las vías urinarias, el riñón y la vesícula biliar.

Si tu hijo está estreñido, intenta que evacue las deposiciones. Si el niño se queja de dolor, pero luego se pone a jugar, no te preocupes, la causa del dolor no es importante. Cuando éste persiste durante más de media hora sin parar, consulta a tu pediatra.

Cuándo consultar de urgencia

Debes consultar a tu médico o acudir sin demora a un centro sanitario de urgencias en las siguientes situaciones:

— Dolor abdominal intenso acompañado de náuseas y fiebre, porque puede tratarse de una apendicitis.

— Dolor abdominal con cojera de la pierna derecha, sobre todo si se acompaña de fiebre.

— Dolor abdominal con abdomen duro, especialmente cuando el dolor aumenta al tocarlo.

— Dolor abdominal con intenso decaimiento y aspecto grave del niño.

— Dolor con vómitos biliosos o verdosos continuos que no ceden.

— Dolor con vómitos de sangre o heces con sangre en ausencia de diarrea.

— Dolor después de un traumatismo abdominal, junto con palidez y decaimiento, porque puede tratarse de una lesión o rotura de una víscera.

— Crisis de llanto en el niño pequeño, acompañado de palidez, sudoración y posterior tendencia al sueño, especialmente si existen vómitos y las deposiciones son sanguinolentas, porque puede tratarse de una invaginación intestinal.

Qué es el dolor abdominal crónico

Es un dolor generalmente de leve o moderada intensidad, que aparece

y desaparece a lo largo de semanas o meses, no se acompaña de fiebre, vómitos, diarrea ni ningún otro síntoma. Los episodios suelen durar poco tiempo, minutos, generalmente menos de media hora, tras los cuales el niño vuelve a la normalidad, realizando la actividad y los juegos habituales. El dolor puede repetirse varias veces al día, a la semana o al mes. En esos momentos, el niño puede quedarse quieto, con las piernas encogidas sobre el abdomen o doblado sobre la cintura, raramente palidece su cara. Este cuadro es un motivo muy frecuente de consulta no urgente. Después de explorar y estudiar al niño, incluso con radiografías o ecografías, casi nunca se encuentra la causa del dolor, por esto se denomina también *dolor funcional*, *no orgánico* o *de causa psicógena*. Sin embargo, aunque los estudios no encuentran ninguna razón para el dolor, a los niños les duele, igual que a los adultos les duele la cabeza y las exploraciones de la cabeza son normales. Muchos dolores crónicos de abdomen son por estreñimiento no visible o estreñimiento encubierto, el niño hace deposiciones diarias, pero escasas, por rebosamiento, insuficientes para evacuar y limpiar el intestino. Otras veces, el dolor puede ser por gases, intolerancia a algún alimento, incluso para obtener los mimos y beneficios que suelen dar los padres cuando su hijo se siente mal. Algunas veces es necesario hacer análisis de orina, de heces o una ecografía abdominal.

El dolor abdominal crónico puede ser en los niños mayores de origen psicológico; en estos casos el dolor es difuso, alternante, que aparece y desaparece y suele acompañarse de otros síntomas, como dolor de cabeza, náuseas o vértigos. En muchos casos existe un motivo desencadenante, conflicto escolar, familiar o una enfermedad previa.

Qué hacer ante el dolor abdominal crónico

Si tu hijo padece dolor abdominal, te recomendamos seguir estas pautas:

— No correr, nunca es una urgencia.

— Dar masajes en el abdomen, tranquilizar y esperar a que el dolor se pase.

— Después, invitarle a evacuar las heces, llevarle al baño y que permanezca un rato.

— Combate el estreñimiento (consulta el capítulo «Estreñimiento. Realiza el tratamiento»).

— Investiga y resuelve, si puedes, posibles conflictos escolares o

familiares, ya que pueden ser la causa del cuadro.

Cuándo consultar por el dolor crónico

Acude al médico en las circunstancias que te indicamos a continuación:

— Si el dolor se repite con frecuencia.

— Cuando aparecen otros síntomas: fiebre, vómitos, palidez y/o diarrea.

— Si observas que el abdomen crece, aumenta de tamaño.

— Cuando el dolor despierta al niño por la noche.

— Si las deposiciones tienen moco y sangre.

— Si pierde peso.

— Cuando el episodio de dolor dura más de media hora.

37. El niño con cáncer. ¿Cuándo sospecharlo?

Los niños también pueden tener cáncer, aunque su frecuencia es mucho menor que en los adultos y la supervivencia es mucho mayor, siendo ésta además cada vez más elevada.

En la actualidad sobreviven aproximadamente siete u ocho de cada diez niños con cáncer. Esta posibilidad es mayor o menor dependiendo de dos factores: el tipo de cáncer y su extensión en el momento del diagnóstico. Aunque es altamente improbable que algún niño de tu familia tenga cáncer, conocer los síntomas sugestivos de padecerlo puede ayudar decisivamente a mejorar el tratamiento, porque el diagnóstico será más precoz y ello no sólo aumentará las posibilidades de supervivencia, sino también la aplicación de un tratamiento oportuno y menos agresivo.

Qué tipo de cáncer pueden tener los niños

Los niños, como los adultos, pueden padecer cáncer en diversos órganos y tejidos del cuerpo. Estos tumores son diferentes en las distintas etapas de la infancia; los niños pequeños, incluso los menores de un año, pueden sufrir cáncer, sobre todo leucemia, tumores cerebrales y neuroblastoma, un tumor de origen neurológico situado generalmente en el abdomen o en el tórax.

El cáncer más frecuente en los niños es la leucemia, responsable de casi uno de cada cuatro cánceres; el segundo son los tumores cerebrales, que es el tumor sólido más frecuente en los niños; le siguen los linfomas y los tumores óseos y del riñón. En los adolescentes, los tumores más frecuentes son los linfomas.

Qué síntomas tienen los niños con cáncer

Aunque lógicamente cada tipo de cáncer suele tener unos síntomas determinados y específicos, la aparición de los siguientes obliga a realizar una investigación médica que puede ayudar a su detección precoz. Más de ocho de cada diez niños con cáncer presentan uno o varios de los siguientes síntomas. Si detectas alguno en tu hijo, consulta al médico sin tardanza.

Dolor de cabeza

El dolor de cabeza que acompaña al cáncer es diferente al que habitualmente tienen los niños —en su mayoría, ocasionalmente cefaleas—. El sospechoso es el que le despierta por las noches repetidamente, no aisladamente. También cuando la cefalea se acompaña de estrabismo, especialmente en los menores de tres años, y sobre todo cuando existen vómitos persistentes con fuerza, llamados *explosivos* o *proyectivos* porque son expulsados a varios metros.

El dolor de cabeza que cada día es más intenso y frecuente debe ser también investigado, así como cuando se acompaña de cambios en el carácter, por ejemplo, tendencia al sueño, al decaimiento, alternando o no con irritabilidad.

En el cáncer, el dolor de cabeza suele estar producido por el crecimiento del tumor y por la compresión que produce éste en el cerebro sano; ambos, cerebro y tumor, están en un espacio que no es distensible, el cráneo. Esto origina un aumento de presión dentro de la cabeza que se manifiesta en forma de cefaleas, vómitos, tendencia al sueño y más tarde puede producir estrabismo.

Es importante que recuerdes que el dolor de cabeza es muy frecuente en los niños, y que la mayoría de las veces es originado por procesos banales, como la tensión escolar o migrañas.

En el capítulo «Dolor de cabeza. ¿Cuándo preocuparse?» encontrarás más información sobre este síntoma.

Decaimiento

El decaimiento es uno de los síntomas más frecuentes, tanto en los niños enfermos como en los sanos, y acompaña a múltiples enfermedades. Los pacientes con fiebre están decaídos, también los que tienen gastroenteritis aguda, cualquier infección, deshidratación y otras muchas enfermedades. Los niños sanos, pero cansados por el ejercicio físico, la falta de sueño o la escasa alimentación o hidratación se manifiestan igualmente cansados.

El decaimiento preocupante es el crónico, el que persiste sin

recuperación a lo largo de semanas, el que impide que el niño tenga actividad física y juegue, el que obliga a estar sentado o postrado, el que pierde cada día un poco de vitalidad. Cuando el decaimiento se acompaña de palidez en la piel o en los labios (color sonrosado o carnoso) o de hematomas en la piel, precisa una consulta médica urgente: esta consulta no debe demorarse. El decaimiento persistente y la palidez no sólo acompañan al cáncer, sino también a otras enfermedades que deben ser investigadas.

Hemorragias y hematomas

Varios tumores malignos, sobre todo la leucemia, producen hematomas en el cuerpo de aparición espontánea, sin golpes previos. Con un mínimo traumatismo o sin él, aparecen hematomas en las piernas, brazos y tronco. No son indicio de cáncer los hematomas en las espinillas, porque esta zona es de choque y los niños, especialmente los de sexo masculino y los que están aprendiendo a andar, tienen con frecuencia hematomas que son contusiones de contacto por golpes, no por enfermedad.

Las pequeñas hemorragias en la piel se manifiestan en forma de puntitos de tamaño variable, entre medio y varios milímetros de diámetro, de color rojo, sin relieve, no palpables al pasar la mano sobre ellos y que sobre todo persisten al estirar la piel de alrededor o al poner un cristal transparente, como un vaso, y apretar. Estas manchas se llaman técnicamente *petequias* y *púrpuras*, y son siempre patológicas (signo del vaso positivo, figura 9). Pueden acompañar a los tumores y también a otras enfermedades de la sangre que es necesario diagnosticar. Cuando se acompañan de fiebre puede tratarse de una infección grave, llamada *sepsis* o *septicemia*, que precisa tratamiento urgente.

Adenopatías

Se llaman *adenopatías* a los ganglios que todas las personas sanas, niños o adultos, tienen. Debes conocer que existen unos ganglios buenos, útiles para la vida, y otros malos, que acompañan a las enfermedades. Las adenopatías son útiles en la lucha contra las infecciones y están distribuidas por todo el cuerpo, aumentan de tamaño cuando tienen que combatir la entrada en el organismo de un microbio; por ejemplo, cuando existe una infección en un pie o en la pierna, una simple rozadura de zapato o herida por donde pueden entrar microbios, los ganglios de la ingle aumentan y quizá duelan, porque estos ganglios son los encargados de frenar la infección. Los niños, y especialmente los menores de diez años, tienen

frecuentemente ganglios en el cuello, sobre todo debajo de la mandíbula, debidos a infecciones locales —amigdalitis, úlceras, aftas bucales, otitis...—, ya que a través de la boca o la nariz pueden penetrar múltiples bacterias y virus. Estos ganglios se caracterizan porque aparecen rápidamente, suelen ser dolorosos al tocarlos y disminuyen con el tratamiento o espontáneamente; en ocasiones se acompañan de fiebre, mucosidad nasal, tos o dolor de oídos.

Los ganglios sospechosos de ser cancerosos son, independientemente de la edad, los mayores de tres centímetros de tamaño. También son sospechosos los que crecen continuamente, y no disminuyen en el plazo de dos o tres semanas con tratamiento antibiótico, así como aquellos que no están calientes ni son dolorosos al palparlos. También necesitan consulta sin demora los ganglios que están situados en la parte inferior del cuello, encima de la clavícula y en el codo, especialmente si existe decaimiento, ausencia de apetito, pérdida de peso y fiebre o febrícula mantenida.

Dolor de huesos

El dolor de huesos o de piernas es muy frecuente en los niños en edad escolar y en los adolescentes. Hasta el momento, ha sido llamado *dolor de crecimiento*, aunque nada tiene que ver con éste, ni con ninguna enfermedad. En otras ocasiones se debe a contusiones, golpes o traumatismos. Todos estos dolores son agudos y aparecen y desaparecen en horas o pocos días. En el capítulo «Dolor de piernas. Dolores de crecimiento» puedes encontrar más información al respecto.

El dolor sospechoso de acompañar a un cáncer de hueso o a una metástasis en la médula ósea de un tumor lejano, o a una leucemia, es el dolor que persiste durante semanas o que aparece y desaparece, pero siempre en el mismo lugar. Es sobre todo sospechoso el dolor que despierta o aumenta por la noche, también si limita la movilidad de la zona dolorosa de manera persistente y mantenida. Los traumatismos, aunque limitan la movilidad, mejoran con el reposo y con los días, no sucede así en el dolor óseo por un cáncer. El tumor que más frecuentemente produce dolor en los huesos es la leucemia.

Consulta si el dolor óseo tiene alguna de las características reseñadas, especialmente si persiste sin interrupción o aparece en el mismo lugar durante más de tres o cuatro semanas.

Tumor o masa abdominal

Los niños pequeños suelen tener el vientre abombado hacia fuera, son tripones. Esto es normal y no merece preocupación ni consulta

médica. Es anormal, sin embargo, que el abdomen sea llamativo, voluminoso, como un globo, sobre todo si se acompaña de otros síntomas, como diarrea crónica, inapetencia o irritabilidad.

Si al tocar el abdomen de tu hijo detectas una masa como una pelota en cualquier parte del vientre, y esta masa persiste en los días siguientes, es necesaria una consulta médica para conocer su origen.

Este síntoma puede corresponder a un tumor en la zona, del intestino, riñones u ovario en las niñas. También debes sospechar si el dolor se acompaña de uno o más de los siguientes síntomas: estreñimiento, orina con sangre, pérdida de peso, inapetencia, febrícula o dolor a la palpación del abdomen.

En resumen, el cáncer existe en los niños; aunque es muy poco frecuente, su pronóstico es mucho mejor que en los adultos. Cuando el diagnóstico se realiza precozmente, el tratamiento es menos intenso y doloroso; para ello es necesario que conozcas los síntomas que suelen acompañar al cáncer.

38. Parásitos intestinales y lombrices

Las lombrices y otro parásito intestinal, llamado *Giardia lamblia*, mucho más pequeño que las lombrices o los gusanos, son muy frecuentes en los niños. Muchas veces pasan totalmente desapercibidos a los padres, ya que las lombrices más frecuentes, los oxiuros y los áscaris, pueden no producir síntomas, y suelen diagnosticarse cuando el niño o sus padres observan uno o varios gusanos en las heces. Los niños que se infectan suelen tener entre cinco y diez años.

Los áscaris son los parásitos más grandes en nuestro medio, tienen un tamaño como el de un lapicero pequeño y, al contrario de lo que los padres suelen creer, pasan desapercibidos: los niños no rechinan los dientes ni tienen síntomas. El diagnóstico suelen realizarlo los padres al observar el parásito en las heces o en el vómito.

Los oxiuros son los parásitos más frecuentes. Tienen un tamaño mucho más pequeño, un centímetro o menos de largo. Se transmiten por ingestión de alimentos o tierra contaminada, a través del polvo, la ropa interior o de objetos que contienen los huevos del parásito. Los niños se chupan los dedos o los objetos contaminados infectándose y reinfectándose una y otra vez. Los oxiuros producen picor del ano durante la noche, porque la hembra del parásito sale por las noches a poner sus huevos en los márgenes del ano. En estos casos, los niños se despiertan, duermen mal y el ano y sus alrededores aparecen enrojecidos por el rascado nocturno. El rascado contamina las manos y uñas con huevos, reiniciándose un nuevo proceso de infección. A veces existe dolor abdominal, falta de apetito y, en las niñas, vulvovaginitis por rascado.

El tratamiento de estas lombrices es muy sencillo, con una sola dosis de un medicamento —que debe ser prescrito por el médico— es suficiente. Tu hijo puede hacer vida normal, no necesita ninguna dieta especial, ni tampoco la retirada de ningún alimento, y puede continuar asistiendo al colegio, ya que no contagia a los demás.

Es conveniente lavar la ropa de la cama y su ropa interior con agua

muy caliente, con el objeto de destruir los huevecillos que los oxiuros dejan en la ropa.

La lambliasis es la infección por un parásito llamado *Giardia lamblia*, muy frecuente, ya que casi uno de cada cinco niños de dos a seis años lo ha tenido. La vía de transmisión es fecal-oral, especialmente en los niños de dos a cuatro años que van a la guardería. Es más frecuente en los meses calurosos y en otoño. Los quistes de *Giardia* son resistentes a la cloración del agua, pero no a la ebullición de sólo un minuto. Produce diarrea acuosa, explosiva, fétida, a veces con vómitos, dolor abdominal, que mejora para volver a aparecer. Produce, por tanto, diarrea de repetición, sobre todo en los niños que asisten a la guardería. Además de dieta astringente, se necesita tomar una medicación específica contra este parásito.

El anisakis es un parásito del pescado que se adquiere cuando se come fresco o poco cocinado; sus larvas producen una enfermedad llamada *anisakiasis* que aparece unas horas después de la ingestión del pescado y que consiste en diarrea y la aparición de habones que pican. Este parásito no produce problemas cuando el pescado se congela durante cuarenta y ocho horas o se cocina durante más de veinte minutos a una temperatura superior a 60 ˚C.

Amebas y otros parásitos

Las amebas son parásitos microscópicos —no visibles al ojo humano— que viven en las aguas contaminadas y en los alimentos. Cuando son ingeridas, junto con el agua o los alimentos, producen una enfermedad llamada *amebiasis*, que afecta al intestino y a veces al hígado.

Cómo se contagia la amebiasis y qué produce

La amebiasis se contagia consumiendo agua y alimentos contaminados por quistes de ameba; generalmente son alimentos frescos regados o lavados con agua contaminada. Es mucho más frecuente en los países o regiones en los que los aguas residuales no están depuradas, por lo que resulta más frecuente en los países en vías de desarrollo.

Los quistes de ameba consumidos inadvertidamente maduran en el intestino delgado, después colonizan el intestino grueso, sobre todo el ciego y el colon, donde se multiplican. Aquí lesionan y ulceran las paredes de esta parte del intestino. Los quistes de las amebas son expulsados con las heces incluso durante semanas o meses; estas heces

contaminan los ríos y los pozos de agua, desde donde se diseminan para contagiar a nuevos individuos. Las amebas sólo contagian a los seres humanos, no a los animales —el reservorio de este parásito son exclusivamente los humanos—. A veces las amebas traspasan la pared del intestino y se establecen en otras partes del organismo, sobre todo en el hígado, en donde producen abscesos; en los adultos, éstos son diez veces más frecuentes en el hombre que en la mujer, pero en los niños y niñas pequeños la frecuencia es similar en ambos sexos.

Cómo se manifiesta y qué síntomas produce

Los primeros síntomas aparecen unas semanas después del contagio, generalmente entre dos y cuatro semanas más tarde, aunque a veces tardan meses. La parasitación por amebas puede producir síntomas graves o leves, incluso puede pasar desapercibida. Generalmente los síntomas suelen ser leves y consisten en diarrea intermitente, dolor en el abdomen, náuseas, vómitos, inapetencia y, en la mitad de los pacientes, pérdida de peso. En las formas graves, la diarrea es de aparición brusca, las heces son líquidas, como agua, y contienen moco y sangre; cursa con fiebre en la mitad de los casos. Debe sospecharse una complicación en el hígado, un absceso, cuando la fiebre es elevada o si existe dolor intenso al palpar la parte del abdomen donde se sitúa el hígado (el cuadrante superior derecho del abdomen).

Qué puedo hacer si sospecho que mi hijo tiene amebas

En primer lugar no asustarse, porque la parasitación por amebas tiene un tratamiento muy eficaz. Antes es conveniente confirmar el diagnóstico porque los síntomas son similares a los de otras infecciones intestinales. El diagnóstico se realiza visualizando las amebas en las heces, con un microscopio, porque por su pequeño tamaño son invisibles al ojo humano. El médico aconsejará realizar o no este análisis de heces, u otros, porque existen distintas formas para asegurar el diagnóstico.

El tratamiento consiste en la administración por boca de un antibiótico llamado *Metronidazol*, que lógicamente debe ser aconsejado por el médico, quien prescribirá la dosis y la duración del tratamiento.

Además debes hidratar adecuadamente a tu hijo, ofreciéndole líquidos frecuentemente por boca, para evitar que se deshidrate. También es aconsejable ofrecerle alimentos apetecibles, sin forzarlo.

Debes lavarte bien las manos con agua y jabón después de cambiar el pañal de tu hijo. Si tiene edad para ir al baño solo, debe lavarse las manos después de defecar, porque los quistes del parásito pueden

contaminar sus manos y contagiar a otras personas; también debe lavarse bien las manos antes de comer, sobre todo si previamente ha estado jugando con tierra.

Si vives en un lugar donde las aguas residuales no se depuran adecuadamente o tienes dudas, consulta a tu médico o al departamento de salud del ayuntamiento o de la comunidad sobre cómo evitar que las heces de tu hijo contribuyan a perpetuar la parasitación por amebas en la zona.

Siempre que el enfermo se lave las manos después de defecar, el contagio directo niño-niño es muy raro. Por tanto, tu hijo puede hacer vida normal, asistir al colegio o a la guardería y jugar con otros niños. No limites su actividad mientras tenga vitalidad y ganas de jugar; éste es el mejor indicador de que está bien y de que la enfermedad está controlada.

Evita que tu hijo beba agua de arroyos, lagos o charcos, aunque el agua esté aparentemente limpia; ofrécele siempre agua depurada, tratada y filtrada, agua apta para el consumo humano.

Necator americano

El necator americano es un parásito, un gusano que infecta a millones de niños y adultos de los países tropicales y subtropicales, sobre todo a los que habitan en las zonas rurales y pobres de América Central y del Sur, Asia y África. Este gusano puede vivir durante varios años en el intestino humano, también en el de los mamíferos cercanos al hombre, como perros, gatos o cerdos; mide algo menos de un centímetro. La hembra puede poner varios miles de huevos cada día. Estos huevos salen con las heces; cuando son depositados en un suelo húmedo, sombreado y caluroso, maduran y aparecen las larvas que infectan a las personas.

Cómo se contagia

Las larvas del gusano penetran por la piel, generalmente por los pies —menos veces por las manos—, emigran a través de las venas hasta llegar al corazón, pasan al pulmón, lo perforan y continúan su recorrido por los conductos por los que circula el aire al respirar, los bronquios y la tráquea, hasta que llegan a la garganta, desde donde se tragan. Al llegar al intestino, las larvas maduran y se convierten en gusanos adultos; éstos pueden permanecer dentro del intestino delgado uno o dos años. Son parásitos que para vivir necesitan chupar

sangre de la pared del intestino del individuo parasitado.

Cómo se manifiesta este parásito. Cuáles son sus síntomas
Los primeros síntomas pueden pasar desapercibidos. Se producen en el momento en el que las larvas penetran la piel; entonces aparece una dermatitis local que consiste en un enrojecimiento con picor, generalmente en los pies, aunque podría aparecer en las manos o en otras zonas del cuerpo. Durante la fase de emigración hacia el pulmón y más tarde al intestino no existen síntomas. Después, durante semanas o meses, existe dolor en el abdomen, generalmente por encima del ombligo; el dolor es recidivante, aparece y desaparece para reaparecer. También pueden existir náuseas, flatulencia, dolor de cabeza, decaimiento y cansancio, sobre todo con el ejercicio físico. Los niños pueden perder memoria y dejan de interesarse por jugar y aprender. Todos estos síntomas son debidos a la anemia crónica y progresiva producida por los gusanos, parásitos que se alimentan de la sangre que roban de la pared del intestino de su huésped. Por ello la cantidad e intensidad de estos síntomas dependen del número de gusanos que haya en el intestino. Los niños con pocos parásitos apenas tienen síntomas. El diagnóstico preciso se realiza visualizando a través de un microscopio los huevos del parásito en las heces.

Cuál es su tratamiento
El tratamiento es sencillo y eficaz pero debe ser prescrito por un médico. Una sola dosis de un medicamento llamado *Albendazol* o *Mebendezol* mata más del 90 por ciento de estos parásitos. En las regiones donde la cantidad de parásitos intestinales es muy elevada, a veces los médicos o las autoridades sanitarias recomiendan estos medicamentos antiparásitos a todos los niños en edad escolar, sin investigar individualmente, niño a niño, la presencia de estos u otros parásitos. Estos programas de desparasitación colectiva en la escuela son eficaces para disminuir el número de niños y adultos parasitados.

La alimentación debe ser rica en hierro, elemento imprescindible para combatir la anemia. Ofrece a tu hijo carne roja, lentejas, garbanzos, brócoli y otros alimentos ricos en hierro; tu médico te aconsejará. Éste a veces prescribirá suplementos de hierro.

Debes inculcar a tu hijo que no ande descalzo, especialmente en las zonas con más riesgo, las endémicas. Además, andar con calzado previene accidentes y heridas.

Estrongiloides

El *Estrongiloides estercolaris* es otro parásito intestinal presente en la mayoría de las regiones tropicales del mundo; es especialmente frecuente en Brasil y África central.

El ciclo vital de este parásito es similar al del necator americano. Las larvas penetran en el organismo a través de la piel, emigran al pulmón, donde pueden producir síntomas de neumonía, tos, expectoración a veces con sangre y ruidos de pecho. Las larvas emigran al intestino delgado en donde las hembras pueden permanecer casi indefinidamente gracias a su mecanismo de autoinfección. Los machos, sin embargo, son expulsados con las heces una vez que terminan su proceso de reproducción.

Los síntomas son similares a los de la parasitación por necator americano, aunque el dolor abdominal es más intenso. Además, las larvas finas y largas excretadas en las heces pueden penetrar por la piel de la zona cercana al ano, incluso las nalgas o el muslo, haciendo túneles enrojecidos que pican.

Esta parasitación es grave en los niños con déficit en su inmunidad, por ejemplo los pacientes que reciben corticoides u otros medicamentos que deprimen la capacidad de defensa contra las infecciones.

El diagnóstico se realiza identificando las larvas, no los huevos, en las heces. Un análisis de sangre habitual ayuda a sospechar esta parasitación, porque se elevan de manera muy intensa los eosinófilos, que son un tipo de glóbulos blancos de la sangre.

El tratamiento, que debe ser indicado por un médico, consiste en un medicamento que se administra por boca, generalmente *Tiabenidazol* o *Ivermectina*.

39. Mareo, lipotimia y síncope

Algunos niños mayores, escolares y adolescentes, tienen una predisposición a tener síncopes. Éstos consisten en una sensación de mareo, visión borrosa, pérdida de fuerza con palidez, caída al suelo y pérdida brusca de conciencia, recuperándose en unos minutos espontáneamente, de manera completa. Cuando esto sucede estando el niño quieto, de pie, junto a su madre, ésta se lleva un susto enorme, y piensa en una enfermedad del corazón o en epilepsia. Los mareos, lipotimias o síncopes de origen vasovagal se producen por un reflejo normal, en este caso exagerado, llamado *reflejo vasovagal*. Se suceden más frecuentemente en los días de calor o en ambientes con altas temperaturas, por ejemplo, en los grandes almacenes, estando de pie en un lugar caluroso, esperando de pie, en una fila; también cuando los niños ven algo que los asusta, por ejemplo sangre, una aguja de poner inyecciones, o cuando pasan de una posición a otra bruscamente, por ejemplo de tumbado a de pie. A veces existe un factor precipitante como dolor, ansiedad o miedo, estrés o visión de sangre.

La causa más frecuente de síncope en los niños es la vasovagal, que consiste en una disminución del ritmo cardíaco a la vez que los vasos que contienen la sangre se dilatan, descendiendo por ello la presión arterial. Llega menos sangre al cerebro, que lo manifiesta con mareo y disminución del nivel de conciencia. Otras veces es debido a la disminución de la tensión arterial, porque se ha permanecido mucho tiempo de pie o se ha cambiado bruscamente de postura. Cuando los niños se ponen en posición horizontal por efecto del síncope, la sangre llega nuevamente bien al cerebro, y los síntomas desaparecen en segundos o minutos. Muy pocas veces en los niños, el síncope es debido a problemas del corazón, generalmente arritmias cardíacas.

Cuando el síncope sucede delante de ti, debes mantenerte serena y tranquila, levanta las piernas a tu hijo, que ha de permanecer tumbado. Déjale en esta posición durante diez o quince minutos, después puede levantarse lentamente. Si ha perdido momentáneamente la conciencia, ladéale la cabeza, mientras se

despeja totalmente.

En el primer episodio se produce angustia y miedo, al atribuir estos síntomas a una enfermedad. Después el niño suele saber cuándo le va a venir el mareo porque conoce el factor desencadenante. En estas situaciones, tiene que sentarse y ponerse con la cabeza entre las rodillas o bien tumbarse poniendo las piernas en alto.

Cuándo consultar

Aunque estos síncopes y mareos suelen ser benignos, debes consultar a tu médico o a un servicio de urgencias si tu hijo presenta alguno de los siguientes síntomas: — Palpitaciones o dolor en el pecho.

— Dificultad para respirar.

— No recupera la conciencia en pocos minutos.

— Tiene movimientos rítmicos de ojos, boca, brazos o piernas.

— Tiene relajación de esfínteres, se hace pis o caca.

— No se recupera completamente en pocos minutos.

— El síncope ha sido producido por el ejercicio físico.

— Algún familiar ha fallecido de muerte súbita o tiene una enfermedad llamada *síndrome de QT largo*.

40. Fimosis. ¿Necesita circuncisión?

Casi todos los niños al nacer tienen fimosis, que es la imposibilidad para retraer o remangar el prepucio sobre el glande, que es la cabeza del pene. Esta anormalidad que se conoce con el nombre de *fimosis* va desapareciendo espontáneamente en los siguientes años de vida. A pesar de esto, muchos niños son sometidos a una operación quirúrgica llamada *circuncisión*, unas veces por motivos de salud y otras muchas por motivos religiosos o culturales. En este capítulo conocerás cómo es el pene normal de los niños, cuáles son los beneficios y riesgos de la circuncisión y algunas recomendaciones para esta cirugía del pene.

Los dos siguientes capítulos están dedicados a otros problemas de los genitales masculinos.

Cómo es el pene de los niños sanos

El pene de los recién nacidos es lógicamente pequeño, mide de 2,5 a 4,5 centímetros, está compuesto, como en los niños de mayor edad y en los adultos, de un cuerpo, cuyo extremo tiene forma de esfera, llamado *glande*. El glande está cubierto por una porción de piel que se llama *prepucio*, que recubre en los recién nacidos y lactantes pequeños casi la totalidad del glande.

La gran mayoría de los niños, durante los primeros meses de su vida no pueden retraer el prepucio, quedando el glande oculto al no poder ser expuesto, excepto una pequeña porción. El prepucio está pegado al glande por adherencias que son características de la condición humana: es lo que se denomina *fimosis fisiológica (figura 37)*. Algunos recién nacidos pueden enseñar el glande; aunque esto es excepcional, ambas situaciones son totalmente normales. El prepucio de los niños con fimosis fisiológica intensa puede tener un agujerito muy pequeño, que hace que cuando el niño orina se abombe, porque la orina se acumula momentáneamente debajo del prepucio, hasta que sale al exterior. Durante los primeros años de vida, el prepucio se despega del glande, lentamente, de forma que a los cuatro años la mayoría de los niños puede retraer el prepucio hacia atrás, haciendo el glande visible en su totalidad o parcialmente.

La fimosis verdadera es la incapacidad para exponer el glande a partir de los tres o cuatro años de edad. Puede ser debido a la

resistencia de un anillo duro, fibroso, en el borde del prepucio, que impide que éste se retraiga y se deslice hacia atrás, para que el glande pueda exponerse. Este tipo de fimosis verdadera suele estar producida por los intentos repetidos de retracción del prepucio, que origina cicatrices duras, y sólo puede ser resuelto mediante cirugía. La fimosis verdadera por cicatriz del prepucio necesita circuncisión, ya que estas cicatrices serán cada vez más duras, pudiendo producir dolor durante los momentos de erección del pene.

La otra causa de fimosis verdadera es la persistencia del prepucio adherido al glande después de los tres o cuatro años de vida. Puede resolverse tirando hacia atrás del prepucio, sin producir dolor, diariamente, con el objeto de despegar estas adherencias. Con paciencia y con la ayuda y consejos de tu médico se puede resolver el problema, exponer el glande, evitándose así una intervención quirúrgica.

Muchos niños pequeños tienen debajo de la piel del prepucio unas masas blancas, en forma de bolitas, que al tocarlas se mueven sin dolor. Estas masas, como de plastilina, se observan también al retraer el prepucio para visualizar el glande en los niños que ya pueden enseñar parte de éste. Corresponden a una grasa llamada *esmegma (figura 38)*, que se acumula formando bolsas ante la imposibilidad de ser eliminada. Cuando el prepucio puede correr hacia atrás esta grasa blanca, que a veces es confundida por los padres con pus, se elimina con la limpieza. El esmegma es por tanto normal y no debe preocuparte.

Qué es la circuncisión y por qué se realiza

La circuncisión es la extirpación de la piel que recubre el glande, el prepucio. Es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en los niños. Se practica desde hace varios miles de años. Comenzó a realizarse en el antiguo Egipto a los hijos de la nobleza y a los sacerdotes como símbolo de distinción y poder, más tarde también a los griegos (de hecho, *fimosis* es una palabra griega). En la actualidad la practican los judíos, que son circuncidados a los ocho días de vida, muchos musulmanes, los cristianos coptos, algunas tribus de África y de América Latina, en todos los casos siguiendo una ley divina, ritos o normas que les hace pertenecer al grupo o a una religión determinada.

En otros lugares, la circuncisión se practica por supuestos beneficios sanitarios. Comenzó en Inglaterra en el siglo XIX, desde donde su influencia se extendió a otros países de habla inglesa. En la actualidad, la practican al nacer en dos de cada tres niños

norteamericanos, algunos canadienses y europeos. Sin embargo, es poco practicada en Asia, América Central, América del Sur y muchos países de Europa, siendo prácticamente desconocida como práctica rutinaria en España, Alemania, Finlandia, Hungría, la India y otros países orientales.

Beneficios y riesgos de la circuncisión

No han sido científicamente demostrados los supuestos beneficios médicos de la circuncisión, que consistían en la prevención y disminución de algunas enfermedades. Existen múltiples estudios en pro y en contra de esta cirugía, siendo los beneficios y daños tan similares que las organizaciones médicas oficiales no la recomiendan rutinariamente de manera preventiva. No se ha demostrado que los varones de los países donde no se practica la circuncisión tengan más infecciones ni cáncer de pene que donde esta costumbre es rutinaria. Sin embargo, un estudio reciente ha demostrado que la transmisión del virus VIH, el responsable del sida, se realiza con mayor dificultad en las personas circuncidadas que en las que no lo están; por ello podría ser recomendable en las zonas donde el VIH es endémico.

Por tanto, la circuncisión de los recién nacidos solamente está justificada por motivos religiosos, culturales o personales, excepto quizás en algunos países africanos con alta incidencia de sida. Vosotros, padres, podéis decidir si circuncidar o no, sabiendo que es un procedimiento doloroso, a pesar de que en ciertas culturas se realice sin anestesia y su práctica no lleve a un beneficio claro de prevención de enfermedades. Deben ser operados, sin embargo, los niños en edad escolar y adolescentes con fimosis, especialmente cuando se produce dolor con las erecciones, en algunas infecciones de la orina o de la zona por donde sale la orina, la uretra o alrededor del glande.

También deben ser circuncidados los niños que han presentado una parafimosis. Esta complicación de la fimosis consiste en que una vez retraído el prepucio, el anillo formado es tan estrecho que no puede volver a su situación original, quedando el glande atrapado por este anillo, que lo estrangula (figura 39). En estos casos, el glande cambia de color, se inflama y duele. La parafimosis es una urgencia médica y debe ser resuelta inmediatamente.

En la fimosis fisiológica del lactante, el tiempo, las medidas higiénicas y la dilatación diaria son suficientes. La limpieza del pene debe hacerse con agua y jabón, como el resto del cuerpo.

41. Dolor de testículos

Los testículos están situados en las bolsas escrotales, son muy sensibles a cualquier alteración y a la manipulación. A veces los testículos molestan, otras este pequeño dolor puede irradiarse a la parte inferior del abdomen, pero no impide realizar una vida normal. Sin embargo, cuando el dolor de testículos es de aparición aguda o intenso es anormal; en estos casos precisa de una consulta urgente. También es anormal cuando el testículo aumenta de tamaño, o está duro a la palpación, o la bolsa escrotal está roja o violácea: en estos casos puede tratarse de una torsión testicular que compromete el aporte de sangre al testículo o de una infección que conviene identificar y tratar de inmediato. Cuando un niño pequeño llora desconsoladamente, sin causa aparente, es necesario también mirar sus testículos para descartar una torsión testicular.

Las tres causas que producen dolor testicular agudo en los niños —llamado *escroto agudo*— son: torsión de todo el testículo, torsión de una parte del testículo denominada *hidátides* e infección del testículo.

Torsión del testículo

En realidad no es la torsión del testículo, sino del cordón del que éste cuelga, compuesto por los vasos sanguíneos que aportan la sangre necesaria para alimentarlo. Es como si el testículo fuera una bola suspendida de uno o dos cordones que contienen los vasos sanguíneos; al dar la vuelta a la bola, los cordones se retuercen sobre sí mismos, comprimiendo sus componentes. Cuando se torsiona el cordón, los vasos sanguíneos que están en su interior también se retuercen, impidiendo la circulación de la sangre y, en consecuencia, el testículo deja de recibir oxígeno y nutrientes, produciéndose así la gangrena por falta de oxígeno y si persiste, la muerte del testículo.

La torsión testicular es la principal causa de escroto agudo en los niños y representa una verdadera urgencia. El testículo gira sobre sí mismo ciento ochenta grados o más, suficiente para la muerte del testículo en pocas horas. Por ello el diagnóstico y el tratamiento tienen que hacerse lo antes posible.

El testículo se torsiona sobre todo en dos épocas, en los primeros años de vida —incluso al nacer— y mucho más tarde —entre los ocho y quince años—. Los síntomas de esta torsión son dolor intenso del testículo, generalmente después de alguna actividad física, llanto en

los niños pequeños (que no saben focalizar ni expresar el origen del dolor), elevación del testículo torsionado respecto al otro y a veces náuseas y vómitos; después aparece enrojecimiento del escroto y aumento de su tamaño.

El tratamiento se realiza mediante cirugía urgente. Consiste en abrir la bolsa escrotal y distorsionar el testículo, fijándolo con puntos de sutura para evitar que vuelva a torsionarse. El tiempo es fundamental para la supervivencia del testículo afectado, ya que sólo dos de cada diez testículos operados después de las doce horas se recuperan, mientras que lo hacen la mayoría de los intervenidos antes de las seis horas de iniciarse los síntomas.

Torsión de las hidátides

La hidátide es un pequeño tejido, como un apéndice, un resto embrionario del testículo que después del nacimiento no tiene ninguna función. Pero permanece unido al testículo por un pedículo o cordón por el que pasan los vasos sanguíneos que lo alimentan. Este pedículo puede torsionarse, interrumpiendo el flujo sanguíneo que aporta oxígeno a las hidátides. De este modo se produce un cuadro similar a la torsión testicular, con dolor intenso, sobre todo en la parte superior del testículo, que disminuye al elevarlo. Aunque el tratamiento consiste en medicamentos analgésicos y guardar reposo, y los síntomas ceden en unos días, muchas veces es difícil diferenciarlo de la torsión testicular y por ello se realiza con frecuencia cirugía y extirpación de la hidátide torsionada.

Orquitis y epididimitis

La orquitis es la inflamación de uno o ambos testículos; la epididimitis, la inflamación del epidídimo, que es el conducto por el que el esperma sale del testículo. En realidad ambos cuadros son muy difíciles de diferenciar y muy frecuentemente van asociados, por lo que suele conocerse la inflamación de estas partes como orquiepididimitis.

Esta enfermedad está producida por microbios, bacterias y virus. En el pasado, cuando los niños no eran vacunados de paperas, la parotiditis epidémica —producida por el virus de las paperas— era común; además, muchos niños y adolescentes con paperas, alrededor de dos de cada diez, sufrían también orquitis. En la actualidad, la parotiditis es rara, porque los niños reciben esta vacuna a los quince meses y a los cuatro o seis años (la triple viral). Ahora, la

orquiepididimitis suele estar producida por bacterias, que a veces se transmiten por contacto sexual, sobre todo en los adolescentes.

Los síntomas son los de un escroto agudo, existe dolor testicular, aunque es de aparición más lenta, el cordón espermático está engrosado, puede existir fiebre, escozor y dolor al orinar y una secreción turbia o purulenta por el pene.

El tratamiento consiste en antibióticos y reposo. Previamente es necesario realizar un cultivo de la secreción uretral, la que sale por el pene, para identificar el microbio responsable de la infección y para conocer el antibiótico más adecuado para combatirlo.

Traumatismo del testículo

El juego y los deportes pueden producir, sobre todo en la edad escolar, en la primera y segunda infancia, golpes que traumatizan el testículo y los tejidos que lo rodean. Afortunadamente, los testículos están alojados en las bolsas escrotales, que disponen de un reflejo llamado *cremastérico*, que sirve para esconder rápidamente el testículo, protegiéndolo de los golpes. Por ello el dolor que producen estos traumatismos procede, más que del testículo, de las zonas periféricas o próximas al escroto.

El dolor del traumatismo lógicamente está relacionado con la intensidad del golpe, aparece inmediatamente después del mismo, calmándose poco a poco conforme se visualiza un hematoma; en las siguientes veinticuatro horas puede existir una coloración morada o azulada en una o las dos bolsas escrotales. El tratamiento es el de cualquier traumatismo, reposo y analgésicos antiinflamatorios como el ibuprofeno. Cuando el antecedente de traumatismo no aparece con claridad, es necesario consultar con urgencia, por si fuera una torsión testicular.

Cuándo consultar de urgencia por un dolor en el testículo

La consulta médica no puede demorarse, tiene que ser de urgencia, si tu hijo tiene uno o más de los siguientes síntomas:

— Dolor intenso en uno o los dos testículos.
— El dolor ha aparecido bruscamente.
— El dolor se acompaña de vómitos o náuseas.
— Se nota un abultamiento en el escroto.
— El escroto está caliente y produce mucho dolor al tocarlo.
— El dolor se acompaña de fiebre.
— El dolor —aunque haya habido un golpe— persiste sin

disminuir una hora después.

— Al niño le duele o escuece al orinar y/o le sale una secreción turbia por el pene.

— Si tu hijo es pequeño, llora intensamente sin consuelo y al desvestirle le notas un testículo abultado o con cambio de coloración.

42. Otros problemas del pene y los testículos

Además de la estrechez del prepucio, la fimosis y el dolor de los testículos —tratados en los capítulos anteriores—, el pene y los testículos pueden presentar otros problemas que producen angustia y miedo en los padres, generalmente por desconocimiento.

Algunas de estas causas por las que consultan los padres son las siguientes:

Pene oculto

Algunos padres, generalmente madres, consultan porque su hijo tiene el pene muy pequeño, comparado con otros niños de su edad. En la casi totalidad de los casos se trata de lactantes o preescolares gorditos que tienen el pene oculto. Es un pene aparentemente muy pequeño, que apenas sobresale porque está enterrado, oculto en un paquete de grasa, dentro del panículo adiposo del pubis, el espacio que está encima y alrededor del pene. El pene es normal, su tamaño y formación son asimismo normales, como se comprueba palpando su inicio en la profundidad del panículo adiposo. Lógicamente no precisa tratamiento, únicamente tranquilizar a los padres, ya que con el crecimiento el pene tendrá un aspecto y tamaño normales.

Balanitis

Es una inflamación del glande que se produce sobre todo en el surco que separa el prepucio del glande, por lo que es más frecuente en los niños no circuncidados. Los circuncidados pueden, al no tener prepucio, limpiarse mejor el glande y por ello su frecuencia es menor.

La inflamación está producida por microbios que son transportados por los niños a estas zonas con sus manos. En los niños mayores puede deberse a contactos sexuales y en los muy pequeños a dermatitis en la zona del pañal, infecciones o mala higiene en esta zona.

La balanitis se manifiesta por inflamación del prepucio *(figura 40)* y del glande, dolor o escozor en la zona, disminución del orificio del prepucio por donde se orina, con desviación o estrechez del chorro urinario, dificultad para orinar y exudado a veces purulento en el

surco que separa el prepucio del glande.

El tratamiento consiste en limpieza de la zona con agua y jabón o con suero salino fisiológico y en la aplicación de antibióticos locales. Pueden utilizarse pomadas de antibióticos oculares. Muy pocas veces se precisan antibióticos orales o cirugía, en cualquier caso es aconsejable consultar con el médico. La balanitis puede prevenirse con medidas higiénicas locales diarias y evitando la estrechez del prepucio.

Hipospadias

Es un defecto congénito que impide que la uretra crezca tanto como el pene y hace que los niños no orinen por la punta del pene, sino por un orificio en otra localización a lo largo del pene. En los niños con hipospadias, el meato uretral, que es el lugar por donde sale la orina al exterior, suele estar en la cara inferior del pene, cerca de su extremo, en la parte inferior del glande, aunque puede estar en cualquier parte de esta cara, incluso en el periné.

La hipospadias puede pasar desapercibida durante meses o años, sobre todo cuando el meato está oculto en la parte inferior del glande. Éste y el pene son normales, este último a veces curvado ligeramente, pero el prepucio que está completo por la parte de arriba del pene no cubre completamente la parte inferior del glande. Al observarlo detenidamente, aparece un orificio cerrado en el lugar donde debería estar el meato urinario. Como los niños orinan en su pañal, aunque el chorro de la orina esté inadecuadamente dirigido hacia abajo, frecuentemente esta dirección pasa desapercibida hasta años después, haciéndose evidente cuando se observa que el chorro de la orina no sale hacia delante con fuerza, sino hacia abajo.

La hipospadias necesita siempre tratamiento quirúrgico, que consiste en la creación de un conducto que finalice en la punta del pene. Esta cirugía se realiza generalmente en el segundo año de edad, cuando los niños ya no utilizan pañales.

Quistes del pene

Son quistes con aspecto de perlas blancas que aparecen debajo del prepucio. Son visibles cuando los padres intentan bajar el prepucio para limpiarlo. Estos quistes son inofensivos, no producen síntomas, ya que son acúmulos de esmegma, un conglomerado de grasa y restos de células que se enquistan.

Los quistes del pene no necesitan tratamiento, desaparecen

espontáneamente cuando con la edad el prepucio deja de estar tan adherido al glande, permitiendo la limpieza de esta zona.

Criptorquidia

Es la ausencia de uno o ambos testículos en el interior de la bolsa escrotal, la encargada de albergar los testículos. En consecuencia, al palpar esta bolsa se encuentra vacía, sin testículo.

La criptorquidia es una alteración en el mecanismo de descenso del testículo. Éste, que se forma dentro del abdomen, tiene que emigrar pasando por un conducto de la ingle, hasta que llega antes del nacimiento a su lugar definitivo en el escroto.

El diagnóstico lo realiza el médico sencillamente por palpación, comprobando la ausencia de testículo en el escroto, aunque a veces puede palparse más arriba, en el interior de la ingle. Cuando no se palpa, es necesario buscarlo mediante ecografía o resonancia magnética. Los testículos no descendidos se desarrollan mal, son poco o nada fértiles y pueden malignizarse de adulto.

El tratamiento de la criptorquidia consiste en descender el testículo y fijarlo a la bolsa escrotal. Se realiza con cirugía, a la edad de uno o dos años; actualmente se desaconseja el tratamiento quirúrgico más tarde. Antes, puede emplearse tratamiento médico con una hormona no sexual que intenta alargar el conducto del que está suspendido el testículo; este tratamiento sólo tiene éxito cuando el testículo está situado alto, pero cerca de la bolsa escrotal.

Testículo retráctil

Es una falsa criptorquidia que no precisa ningún tratamiento. Consiste en que el testículo sube como un ascensor, por ello se llama también *testículo en ascensor*, éste se esconde en el canal de la ingle por efecto de un músculo y de un reflejo exagerado llamado *reflejo cremastérico*. Estos testículos son normales, se sospecha porque los padres han notado en alguna ocasión los testículos en su sitio. El médico consigue atrapar el testículo con sus dedos y descenderlo, aunque poco después cualquier estímulo activa el reflejo cremastérico, ascendiendo nuevamente el testículo. El testículo retráctil es normal y no precisa consulta médica ni tratamiento.

Hidrocele

El hidrocele es un acúmulo de líquido alrededor del testículo, en el

interior del escroto. Éste aparece aumentado de tamaño, pero sin dolor, como una masa blanda y elástica en cuyo interior puede palparse o visualizarse como nadando el testículo. El hidrocele puede cambiar de tamaño, a veces se asocia a una hernia de la ingle, que le permite llenarse o vaciarse con líquido del interior del abdomen. La mayoría de los hidroceles no necesitan tratamiento, ya que desaparecen espontáneamente en el primer o segundo año de la vida. Algunos, los que se asocian a una hernia inguinal, necesitan tratamiento quirúrgico, que es el mismo de la hernia.

43. Genitales femeninos. Problemas en las niñas

Las niñas pueden tener pequeñas anomalías en sus genitales externos. Son frecuentes los labios menores pegados, hecho que alarma a los padres innecesariamente, porque no es una enfermedad, es una variante de la normalidad. Otras veces, las niñas, incluso las de corta edad, tienen flujo vaginal, también hemorragia vaginal, como una pequeña menstruación. En este capítulo aprenderás qué problemas son los más comunes en los genitales externos de las niñas y las soluciones domésticas.

Anomalías en las recién nacidas.
Flujo y hemorragia vaginal

Algunas niñas, bastantes, tienen después de nacer, en los primeros días de vida, un flujo blanquecino, como moco blanco o algo grisáceo, que sale de la vagina. No se produce enrojecimiento, no huele mal y el bebé no está irritable. Se llama *leucorrea* y se produce por las hormonas maternas, que pasan a la recién nacida a través de la placenta y del cordón umbilical. No necesitas consultar al médico, tampoco precisa tratamiento, desaparece espontáneamente. Algunas niñas vuelven a tener leucorrea antes de la primera menstruación, tampoco debes preocuparte.

Otras niñas recién nacidas tienen hemorragia vaginal, como una pequeña menstruación, debida también a las hormonas maternas. Esta falsa menstruación acompañada de ingurgitación mamaria simula una pubertad precoz. El aumento del tamaño mamario puede persistir durante varias semanas, pero la hemorragia vaginal desaparece inmediatamente. Ninguno de estos dos síntomas necesita tratamiento.

Vulvovaginitis

Consiste en una irritación de la vulva y de la vagina, generalmente acompañada de flujo vaginal, sobre todo cuando la inflamación de la vagina es más intensa. La vulvovaginitis es muy frecuente en las niñas y puede estar producida por varias causas: irritación, infección, traumatismos, alergia o sencillamente por poca higiene.

La causa más frecuente es la irritación de los genitales externos, se manifiesta por enrojecimiento de la vulva, picor o escozor y secreción en forma de flujo, ni maloliente, ni purulento. La causa puede ser una escasa higiene, pero también la utilización de jabones duros que irritan esta zona, o la aplicación de pomadas irritantes. Las niñas deben utilizar jabones ácidos o neutros y braguitas de algodón —que permiten la transpiración, dificultan el acúmulo de sudor que macera e irritan la vulva—, no de nailon ni tejidos sintéticos. Además debes emplear braguitas amplias, no ajustadas, porque éstas pueden ser la causa de la irritación vulvar. El tratamiento consiste en limpieza y supresión de la causa que lo produjo, así como la utilización de ropa y jabón adecuados. Una crema o pomada ácida le puede ayudar.

Otras veces, la causa de la vulvovaginitis es la infección o la contaminación de la zona, generalmente por microbios procedentes del ano, muy cercano anatómicamente a la vulva de las niñas. La mala higiene, sobre todo la limpieza inadecuada, desde detrás hacia delante, después de defecar, arrastra microbios del ano a los genitales externos; por eso y también para evitar la infección en la orina, las niñas deben aprender a limpiarse de delante hacia atrás, desde la vagina hacia el ano y no al revés. Cuando el origen es infeccioso, las niñas tienen escozor, picor, enrojecimiento y flujo vaginal a veces maloliente. El tratamiento consiste en lavados con agua y jabón o antisépticos suaves, a veces pomada de antibiótico.

Debes sospechar que tu hija tiene vulvovaginitis si encuentras sus braguitas manchadas de flujo o de sangre. Ésta es la causa más frecuente de sangrado vaginal, lógicamente antes de la pubertad. También debes sospechar vulvovaginitis cuando su vulva está irritada o le duele.

Sinequias de labios menores

Las sinequias de labios menores o sinequias vulvares consisten en que los labios menores de los genitales de las niñas, situados en la vulva, aparecen pegados por una telilla o película blanca, muy fina, casi transparente, que va desde un labio menor al otro, impidiendo ver la vagina (figura 41). Son tan frecuentes como inofensivas y pueden aparecer en cualquier momento de la vida de tu hija, generalmente en los primeros meses, antes de los dos años, y con menor frecuencia en la edad escolar y después.

Las sinequias vulvares no son una enfermedad congénita, las niñas no nacen así, sino con los labios menores separados. Cualquier irritación de la zona, un pequeño traumatismo o una infección leve

provocan una pequeña inflamación, generalmente no visible ni detectada por los padres, que produce más tarde esta telilla o sinequia vulvar. Ésta suele comenzar por una zona de la vulva, se extiende lentamente hasta ocultar toda la vagina, a veces deja sólo libre una apertura en la zona alta del clítoris, para poder orinar. Si detectas en tu hija esta unión de los labios menores de la vulva, no te preocupes, comunícaselo a tu médico pero sin urgencia, esto que acabas de ver por primera vez no tiene ninguna importancia.

Las sinequias vulvares pueden tratarse o no, porque en la adolescencia todas o casi todas desaparecen por efecto de las hormonas que aparecen en la pubertad. También pueden separarse los labios aplicando previamente una crema anestésica, porque se trata de una zona muy sensible al dolor. Nunca pueden abrirse los labios menores pegados por adherencias sin anestesiar; otras veces tu médico te indicará que apliques diariamente una crema de estrógenos durante cuatro o seis semanas. Tras abrir los labios menores es conveniente aplicar, después de la higiene diaria, una crema, incluso vaselina, para que los labios no vuelvan a pegarse.

Himen imperforado

Como su nombre indica, consiste en que el himen no ha sido perforado, impidiendo por ello la salida de la secreción normal de la vagina y del cuello del útero. Su diagnóstico suele realizarse al nacer o en los primeros días de vida. Al abrir las piernas y los labios mayores y menores para realizar el cambio de pañal, el aseo rutinario, sobresale una membrana blanquecina y abombada hacia fuera. El tratamiento es muy sencillo: consiste en la incisión por un cirujano de esta membrana que permita salir el líquido acumulado en su interior.

44. Hernias

Las dos hernias más frecuentes que afectan a los niños están situadas en el ombligo y en la ingle. Las hernias son bultos que salen en estos lugares, no son dolorosos y generalmente desaparecen al empujarlos con la mano o espontáneamente, cuando el niño está relajado o duerme. También puede haber hernias por encima o por debajo del ombligo, muy pequeñas, bultos del tamaño de un garbanzo o menos que aparecen cuando los niños hacen fuerza o cuando lloran.

Hernia umbilical

La hernia del ombligo se debe al cierre incompleto del orificio del ombligo, conducto por donde el niño estuvo conectado a su madre antes de nacer. La hernia puede ser pequeña (figura 42) o grande, incluso del tamaño de una bola de golf o mayor. Es blanda, porque en su interior hay contenido intestinal, y al apretarla pueden sonar ruidos de agua y aire, como un gorgoteo, que corresponde al contenido intestinal. No duele ni produce ninguna alteración. Desaparece espontáneamente, sin tratamiento de ningún tipo, ya que cuando el niño crece el agujero herniario se va cerrando, hasta hacerlo totalmente en los primeros años de vida. En el pasado se ponía esparadrapo, una venda o una faja para impedir la salida de la hernia; esto no sólo no resuelve la hernia, sino que, al contrario, puede complicar un problema de por sí benigno.

Hernia inguinal

Las hernias en la ingle, aunque también suelen ser benignas, necesitan sin embargo cirugía, ya que no se resuelven solas. Las hernias se producen por debilidad en la pared muscular del abdomen y pueden manifestarse desde el nacimiento o hacerse visibles meses o años después, incluso en la edad adulta. Las hernias inguinales son muy frecuentes en los niños que nacieron prematuramente, más frecuente y más en el lado derecho que en el izquierdo, a veces son en ambos lados, y más en los niños que en las niñas.

El primer síntoma es un bulto blando en la ingle (figura 43) o en el escroto, en la bolsa que contiene el testículo. Puede aparecer en cualquier momento, cuando tu hijo es recién nacido, lactante o niño.

Este bulto aparece y desaparece, se hace más grande cuando el niño tose, llora, empuja para hacer deposiciones o cuando está de pie, porque aumenta la presión dentro del abdomen, empujando hacia fuera parte del intestino, que es lo que contiene la hernia. A veces produce dolor tras un esfuerzo o al estar mucho tiempo de pie.

El tratamiento de las hernias inguinales es sólo quirúrgico, aunque sin prisas: se puede operar en el momento que no interfiera ni en el colegio ni en la vida familiar. La cirugía es sencilla y muy bien tolerada, precisa sólo unas horas de hospitalización, menos de un día, y se realiza con anestesia general. Por lo común se utilizan puntos que se reabsorben solos, y no precisan por tanto ser retirados.

Cuando la hernia no entra al empujarla, duele o se pone de color rojo o morado, es urgente consultar con el médico o acudir a un centro sanitario sin demora porque la hernia puede haberse estrangulado. Estos casos precisan una actuación médica inmediata para reducir la hernia, a veces cirugía urgente.

45. Los niños pequeños también sienten dolor

Desde que nacen, los niños están expuestos al dolor, algunos incluso a enfermedades crónicas o a procedimientos repetidos, necesarios para diagnosticar o para curar enfermedades diversas, procedimientos o técnicas que en sí mismos pueden ser dolorosos.

En las primeras horas o días de vida, los recién nacidos sufren pinchazos en el talón del pie, en los músculos o en las venas, con el objeto de realizar análisis de sangre o para descartar enfermedades como las metabólicas. En las primeras cuatro semanas de vida, algunos son incluso circuncidados y a las niñas se les suele perforar el pulpejo de la oreja, sin anestesia ni sedación. Todos los lactantes reciben múltiples inyecciones intramusculares, a veces varias simultáneamente, a lo largo de los primeros meses de su vida, única forma de administrar las vacunas, imprescindibles para evitar enfermedades. Todos estos procedimientos causan dolor, porque las vías nerviosas que perciben, transmiten y sienten dolor en el cerebro están ya maduras desde antes de nacer. Por eso los niños, incluso los más pequeños, lloran intensamente cuando los adultos les causan dolor, aunque éstos generalmente consideran que el llanto no es importante, que el dolor es leve o que pronto olvidarán esta experiencia.

Existen métodos sencillos para anular o disminuir este sufrimiento, métodos poco conocidos por la población, pero muy útiles. Se sabe con certeza, por experimentación animal y con recién nacidos y lactantes pequeños, que cuando el procedimiento doloroso se realiza mientras los niños toman alimentos, el pecho o biberón, el dolor disminuye intensamente. Durante la succión del alimento se liberan endorfinas, unas sustancias naturales almacenadas en el organismo, con alto poder analgésico. Así se ha comprobado en niños recién nacidos a los que se les pincha el talón del pie, a los que se ha medido la intensidad y el tiempo de llanto, comiendo y sin comer: el llanto es menor cuando comen respecto a cuando no comen. Igual sucede con

ratas recién nacidas a las que se aplica dolor. El poder analgésico de la succión con alimento, sin embargo, desaparece cuando artificialmente se bloquea con un medicamento el efecto de las endorfinas.

No existe, por tanto, duda del efecto analgésico de comer, por eso cuando a tu bebé se le pinche o se le tenga que realizar algún procedimiento doloroso, ofrécele el pecho o el biberón de leche y comprueba que traga; éste es el momento para pincharle. Además cógele la cabeza o la mano y arrúllale.

En los niños algo mayores, aunque no existen estudios, es posible que chupar un caramelo o piruleta o algo que les guste mucho, pueda disminuir el dolor. Además, durante cualquier situación de dolor, la percepción es menor si el pequeño está acurrucado, acariciado, arrullado por su madre o padre.

Por otra parte, se puede aplicar en los puntos de piel donde se producirá dolor (oreja, pene, pierna o brazo para la vacuna) una crema anestésica que evite el dolor (crema Emla®), siempre que ésta se aplique una hora antes, en el lugar preciso del dolor y se tape con un apósito que evite que la crema desaparezca, porque necesita una hora en contacto con la piel para ejercer su acción anestésica.

Más tarde, cuando los niños tienen autonomía para correr o saltar, pueden sufrir pequeños accidentes o fracturas óseas que precisan puntos de sutura, reducción de las fracturas o simplemente la cura de la herida. Esto, que es doloroso, se practica con demasiada frecuencia sin analgesia y, lo que es peor, sin que los padres estén presentes, impidiéndose así el efecto sedante que produce la palabra, el arrullo y la protección de éstos. Si tuvieras que vivir esta experiencia, exige educadamente estar con tu hijo en estas situaciones. Para ello debes mantener la calma, si no estás segura de conseguirlo, mejor es dejarle solo, porque se pondrá más inquieto y nervioso si tú lo estás, además no dejarás trabajar con tranquilidad a los profesionales. La tranquilidad amortigua el dolor, mientras que la excitación y el nerviosismo incrementan su percepción.

Pocos niños se libran de algún análisis de sangre, algunos son portadores de enfermedades recidivantes o crónicas que precisan controles analíticos o tratamientos molestos como el cáncer. En estos casos es tan importante el miedo al dolor como el dolor mismo. Para ellos y para los que sufren un dolor más intenso existen múltiples fármacos analgésicos y sedantes potentes y seguros, que no sólo suprimen el dolor, también producen amnesia retrógrada, olvidando la experiencia desagradable; de este modo en la próxima sesión no recuerdan la anterior.

Existen diferentes estrategias, fáciles de aplicar, que han

demostrado aliviar el dolor y el miedo de los niños: la videodistracción, la musicoterapia y la hiperventilación. La visión de dibujos animados y de videojuegos (que pueden ser incorporados a tabletas o teléfonos móviles) hace que disminuya la percepción del dolor, especialmente en los niños de tres a siete años. Instala una aplicación en tu móvil y haz la prueba de entretenimiento cuando tu hijo llora, está enfadado o tiene dolor por un traumatismo o un pinchazo en la vena para extraer sangre para análisis. Esta distracción activa es fácil de incorporar a tu rutina diaria, especialmente si tu hijo tiene que acudir con frecuencia a centros médicos o es demasiado llorón. La música también puede reducir el miedo y la ansiedad de los niños, incluso en los pequeños, mediante canciones que puedes grabar en tu teléfono móvil para ponérselas repetidamente, porque los niños no se cansan de oír la misma canción múltiples veces. La hiperventilación (que se aplica desde hace muchos años durante el período expulsivo del parto con el objeto de disminuir la sensación de dolor de las madres) también puede ayudarles. Los niños pueden apagar velas imaginarias o soplar globos mientras se les realiza un procedimiento doloroso, como poner una vacuna, coger una vía venosa para la extracción de sangre o realizar una cura.

El dolor no tiene ninguna utilidad, no sólo no cura, sino que muchas veces dificulta la curación y la rehabilitación. Aunque a veces los médicos no pueden curar, siempre se puede aliviar el sufrimiento, y en la actualidad existen múltiples formas para hacerlo.

Ya es hora de que los padres, los pediatras y los hospitales de niños apliquen el principio de que el dolor debe ser siempre evitado. Cuando ello no sea totalmente posible, al menos puede ser aliviado, lo que debe hacerse no sólo por motivos humanitarios, sino también porque dificulta muchas veces el proceso de curación. Además, los niños que han tenido experiencias dolorosas en los primeros años de vida, que lógicamente no recuerdan, pueden tener una mayor sensibilidad al dolor, y por tanto una menor tolerancia al mismo el resto de su vida.

46. Conjuntivitis y otros problemas de los ojos

La conjuntivitis es la enfermedad de los ojos más frecuente en los niños; generalmente es benigna y de curación rápida. Los ojos pueden padecer otros problemas y enfermedades que debes conocer para prevenirlos o tratarlos, como el lagrimeo continuo de los lactantes pequeños por obstrucción del conducto que drena la lágrima, la presencia de costras o caspa en las pestañas, los orzuelos o la celulitis del tejido que rodea la órbita del ojo. En este capítulo aprenderás a conocer cada uno de estos problemas.

Conjuntivitis

Es la inflamación de la esclerótica o parte blanca de los ojos y de la parte interior de los párpados. La conjuntivitis aguda es muy contagiosa, pasa de un ojo a otro, y de un niño a otro rápidamente. Por eso, si tu hijo tiene esta infección, no le lleves a la guardería, porque puede contagiar a los demás.

Los síntomas consisten en picor de los ojos, apareciendo una secreción o legaña que puede ser blanca, amarilla o verdosa. Con frecuencia, los niños se despiertan con los párpados pegados, especialmente cuando la causa de la conjuntivitis es una infección bacteriana. Los virus también pueden producir conjuntivitis, así como las alergias. En este último caso, la parte blanca de los ojos puede estar muy hinchada, llena de bolsas de líquido acuoso que, a veces, sale de los ojos, asustando mucho a los padres. En primavera es muy frecuente la conjuntivitis por alergia al polen, que suele aparecer de manera brusca, con picor y escozor de los ojos; esto obliga a los niños a frotárselos, y se produce el enrojecimiento de los ojos y mucho lagrimeo (figura 35). Con frecuencia la conjuntivitis polínica se asocia a la rinitis alérgica, que se manifiesta por estornudos y eliminación de moco acuoso abundante por la nariz.

El agua de las piscinas tratada con cloro produce conjuntivitis química en los niños que no utilizan gafas para nadar.

El tratamiento de la conjuntivitis consiste en la limpieza de las secreciones y legañas del ojo con suero salino fisiológico o simplemente con agua hervida. Si las secreciones son de color amarillo o verdoso, tu médico posiblemente te aconseje un colirio con

antibiótico. Cuando la conjuntivitis es de causa alérgica, el colirio no necesita antibiótico, aunque quizá sí antihistamínicos. Aunque la conjuntivitis aguda es una enfermedad bastante benigna, es conveniente que consultes con tu médico, que indicará la necesidad de tratamiento o no.

Obstrucción del conducto lagrimal.
El bebé que siempre lagrimea

Algunos niños pequeños lagrimean constante o frecuentemente desde que nacen, bien por uno o por los dos ojos, debido a que el conducto lagrimal —el que drena las lágrimas desde el ojo a la nariz— está obstruido. La obstrucción puede ser completa, en cuyo caso el lagrimeo es continuo, desde el nacimiento, o parcial, lagrimeando sólo cuando el conducto lacrimal termina de obstruirse por un catarro, o cuando el bebé tiene que producir más lágrimas para limpiar el ojo, por ejemplo los días de viento. Estos niños suelen tener continuamente una legaña en la parte interna del ojo, que es por donde se drenan las lágrimas, además tienen conjuntivitis frecuentes.

Si tu hijo tiene este problema, no te preocupes, suele resolverse en los primeros meses, antes del primer año de su vida. Puedes ayudarle dándole masajes, con el pulpejo de tu dedo índice, por dentro y debajo del ángulo interno del ojo que lagrimea. El masaje mueve la legaña hacia arriba y hacia abajo, limpiando el conducto y ayudando a repermeabilizarlo. Antes y después de cada masaje lávate las manos.

Cuando las legañas son amarillas, verdes, o los párpados se pegan, síntomas todos ellos de conjuntivitis, puede necesitarse un colirio con antibiótico, motivo por el que debes consultar a tu médico. Cuando el lagrimeo no desaparece en los primeros seis meses de vida, el oftalmólogo puede desobstruir este conducto con una sonda, mediante cirugía menor, muy sencilla y poco agresiva.

Orzuelo

Es la infección de la raíz de una pestaña, se manifiesta como una perlita o bolita dolorosa, amarillenta de pus, dentro del párpado, centrada alrededor de una pestaña. A veces el orzuelo aparece y desaparece, se hace crónico, persistiendo sin dolor o con poco dolor. El orzuelo agudo se trata con calor local y una pomada de antibiótico que debes aplicar varias veces al día. El orzuelo crónico precisa a veces drenaje quirúrgico. Tu médico te prescribirá la pomada antibiótica y te aconsejará el tratamiento más adecuado.

Celulitis

Es la infección del tejido celular subcutáneo, el que está debajo de la piel. La celulitis no es el acúmulo de grasa, como algunas personas creen. El ojo está rodeado por tejido celular subcutáneo, su infección —llamada *celulitis preseptal* o *periorbitaria*— produce febrícula e hinchazón de ambos párpados, más del inferior, enrojecimiento de esta zona y dificultad para abrir completamente el ojo afectado (figura 36). La infección es más frecuente en los niños menores de seis años y es consecuencia de una sinusitis, conjuntivitis u otra infección en un lugar de la cara cercano. Como la infección está producida por bacterias, el tratamiento antibiótico es obligado, incluso por vía intravenosa.

La celulitis orbitaria —llamada también *postseptal*— se manifiesta por dolor al mover el ojo, incluso el ojo enfermo sobresale de la cara más que el sano. La celulitis orbitaria es una enfermedad grave que generalmente precisa hospitalización y tratamiento antibiótico por vía intravenosa.

Si sospechas una celulitis en tu hijo, especialmente la orbitaria, consulta con urgencia, sin demora, y el diagnóstico, y en consecuencia el tratamiento, no pueden esperar.

Blefaritis

Es la inflamación del borde del párpado, donde se insertan las pestañas. Puede ser sencillamente una manifestación de la dermatitis seborreica, caracterizada por una excesiva secreción de grasa de las glándulas próximas a las pestañas. Éstas presentan caspa o escamas blancas. A veces, las pestañas están sembradas o cubiertas de un material pegado al borde libre del párpado, de color amarillento, en cuyo caso puede tratarse de una infección producida por bacterias estafilocócicas. En el primer caso, el tratamiento consiste en limpieza con agua y jabón neutro diluido o con suero salino fisiológico, diariamente. Cuando la secreción está muy pegada puede ayudar la colocación en los párpados de una gasa o compresa calientes. Si la secreción es amarillenta puede necesitarse una pomada antibiótica. Tu médico te indicará la necesidad o no de antibióticos locales, el tipo, la dosis y la duración del tratamiento.

47. Estrabismo. El niño tuerce un ojo

Qué es el estrabismo

El estrabismo es un defecto de la alineación de los ojos que es necesario corregir. Debe tratarse no sólo por motivos estéticos, sino sobre todo porque estos niños no pueden desarrollar adecuadamente el ojo que desvían. En condiciones normales, la visión se realiza con los dos ojos, que miran en la misma dirección, están alineados y se mueven siempre de una manera simultánea. La visión, por tanto, es binocular: ambos ojos miran el mismo objeto y tienen percepción de profundidad. Cuando un ojo ve un objeto y el otro no, porque mira hacia otro lado, este último pierde habilidad y entrenamiento, se convierte en un ojo vago que puede llegar a ser inservible. Además, el cerebro que recibe dos imágenes anula una de ellas, la del ojo desviado.

En los niños estrábicos, un ojo puede mirar hacia el frente y el otro hacerlo hacia dentro, fuera, arriba o abajo.

Este defecto visual es fácilmente reconocible, puede ser permanente u ocasional, haciéndose evidente sólo cuando el niño está cansado, enfermo o cuando mira en una dirección determinada. Entre dos y cuatro niños de cada cien sufren estrabismo. En los primeros seis meses de vida, los bebés pueden ocasionalmente torcer uno o los dos ojos. Sólo si el estrabismo es persistente o continúa en los siguientes meses de vida se considera patológico, en cuyo caso debes consultarlo.

El estrabismo puede ser muy tenue o por lo contrario intenso; puede afectar a un ojo o a los dos, en cuyo caso es fácilmente detectable, pero resulta difícil de descubrir cuando es ocasional, leve y de un solo ojo.

Por qué se produce el estrabismo

Muchas veces, la causa concreta que ha producido el estrabismo se desconoce, pero en otras el ojo estrábico estaba previamente enfermo, afectado por una alteración en la refracción —por ejemplo, miopía o astigmatismo, o una enfermedad del ojo, como las cataratas—. Otras veces se produce por la alteración en alguno de los seis músculos encargados de mover en todas las direcciones el ojo, por lesión en el nervio que envía la orden para que los músculos se contraigan, o por

alteración de algunos de estos músculos.

Cómo se corrige el estrabismo

El estrabismo se corrige con tratamiento, a veces conservador, a veces con cirugía. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, siempre antes de la edad de siete años, después existe riesgo de fracaso en la recuperación de la función del ojo desviado.

Este tratamiento debe ser indicado y controlado por un médico oftalmólogo y consiste en la corrección con gafas del defecto de la refracción, si éste existiera y en la oclusión intermitente del ojo sano, para obligar al ojo estrábico a trabajar, pasando progresivamente de ojo vago a ojo funcionante.

En ocasiones es necesario tratamiento quirúrgico, no sobre el ojo, sino sobre los músculos que lo mueven. Con cirugía, se alarga el músculo corto que tira excesivamente, dificultando cierto movimiento, o se alarga el músculo corto para permitir una movilidad adecuada. Es una intervención sencilla, de corta duración y con mínimo o nulo riesgo en manos adecuadas.

Cuando la causa del estrabismo es la contractura de un músculo ocular, puede relajarse éste introduciendo toxina botulínica en su interior.

Recuerda que el ojo estrábico debe ser investigado y tratado, porque un ojo enfermo puede convertirse en estrábico y un ojo estrábico se convierte en vago, en un ojo inútil más tarde.

Problemas en la piel

1. Dermatitis del pañal

Es bastante probable que tu hijo sea diagnosticado en algún momento de su vida de dermatitis del pañal, porque esta leve pero molesta lesión afecta a casi uno de cada tres niños pequeños.

Qué es la dermatitis del pañal

Es una irritación de la piel en la zona cubierta por el pañal (figura 44), más que una enfermedad es una inflamación de la delicada piel del bebé. Se manifiesta por el enrojecimiento de esta piel, al principio suave, más tarde intensa, seguida en ocasiones de exudación y ulceración de la zona (muchas veces, estas lesiones son redondeadas). Puede afectar sólo a una parte de la zona de piel cubierta por el pañal o a toda esta superficie, predominar en la parte delantera, incluyendo o no los genitales externos, o afectar preferentemente a la zona posterior, la que está alrededor del ano.

Aunque la dermatitis del pañal puede producirse durante todo el período en el que se utilizan pañales, es más frecuente en el segundo semestre de vida, y mucho más —cuatro veces más habitual— cuando existe gastroenteritis aguda, porque el aumento del número de deposiciones y quizá la composición de éstas, inflama y erosiona la piel.

La dermatitis del pañal es debida a la irritación y agresión que producen sobre la piel, la humedad, la maceración, la frotación y el contacto con las deposiciones y con la orina. Cada uno de estos factores tiene una capacidad agresiva diferente en cada niño y en cada episodio de dermatitis del pañal. Con frecuencia existe una colonización o invasión de esta zona por microbios, generalmente bacterias y hongos, que contribuyen a aumentar la inflamación. La dermatitis del pañal por un hongo llamado *Candida albicans* (figura 45) es resistente al tratamiento higiénico y cosmético, sólo responde aplicando pomadas con antibióticos apropiados para los hongos.

Además, algunas de estas bacterias tienen la capacidad de utilizar la urea, que se elimina en condiciones normales por la orina, produciendo un desecho de amoníaco, producto que disminuye la acidez de la piel, haciéndola más vulnerable. Recuerda que la piel de los niños es ácida y hay que lavarla con un jabón ácido o neutro, pero no alcalino.

El excesivo celo en la limpieza de la zona del culito, especialmente en la zona posterior, perianal, puede irritar esta zona, sobre todo cuando se hace muy a menudo, se frota con intensidad o se utilizan jabones no ácidos o toallitas con jabón, productos de limpieza irritantes o perfumes.

Cómo evitar la dermatitis del pañal

Los siguientes consejos pueden disminuir la frecuencia, la intensidad o quizá evitar que tu hijo tenga dermatitis del pañal. Siempre es mejor prevenir que curar.

— No utilices siempre toallitas limpiadoras, porque aunque son muy cómodas, suelen tener alcoholes, perfumes o jabones que pueden ser irritantes. Mejor usa las toallitas que contienen exclusivamente aceite.

— Después de la limpieza, deja un tiempo para que la piel se seque. No frotes para secar, déjala que se airee.

— Después de cada cambio de pañal utiliza alguna crema que contenga óxido de cinc y glicerina, ayuda a aislar la piel de la orina y de las heces.

— Mantén la zona del pañal siempre limpia y seca.

— Cambia el pañal siempre que esté mojado de orina y por supuesto con heces.

— Limpia la zona con agua tibia sin jabón o con jabón ácido, neutro o extragraso. Limpiar no es frotar. Aclara con agua muy bien.

— Emplea pañales de tamaño adecuado a la edad de tu hijo, no más pequeños, porque éstos aprietan y pueden producir rozaduras.

— Usa pañales desechables extraabsorbentes, porque además de ayudar a mantener la acidez de esta zona de la piel, tienen una gran capacidad de absorber orina y heces; pueden absorber varias veces el peso del pañal gracias a que contienen un gel de poliacrilato sódico.

Cuál es el tratamiento de la dermatitis del pañal

El mejor tratamiento es evitar el contacto de las sustancias irritantes, heces y orina, con la piel, dejando a tu bebé sin pañal durante varias horas, medida que generalmente es difícil, y a veces es imposible. Si puedes, déjale un rato con el culito al aire.

Además, sigue estos consejos:

— Aplica una pomada que contenga corticoides de potencia baja o moderada dos o tres veces al día, mejorará en unos días, antes de una semana. Tu médico te indicará el tipo y la dosis de este corticoide.

— Cuando persista la dermatitis del pañal más de seis o siete días a pesar del tratamiento, es muy probable que exista una sobreinfección por bacterias o por hongos, en cuyo caso es obligado utilizar una pomada que contenga antibióticos para las bacterias o antifúngicos para los hongos. Tu médico confirmará o no esta sospecha y te indicará el tipo de pomada y la forma de aplicarla.

— La dermatitis del pañal con úlceras y la que predomina en la zona alrededor del ano puede necesitar antibióticos en forma de polvos, no de pomada.

2. Dermatitis atópica. ¿Qué es?

Es una alteración de la piel frecuente y repetitiva que aparece en personas predispuestas, llamadas *atópicas*. Éstos son niños o adultos normales, pero tienen una alteración genética, heredada, que hace que su piel responda de manera diferente a ciertos estímulos, por ejemplo al calor o al contacto con tejidos como la lana.

Algunos niños tienen muchos síntomas y otros pocos, siendo éstos por ello muy variables, tanto en el tiempo que duran como en la extensión de la piel que afecta. Puede verse afectada poca superficie del cuerpo o atacar a amplias zonas. Unas veces, la dermatitis comienza en el segundo semestre de vida y otras en la adolescencia; en ocasiones, los síntomas remiten en el primer brote, no volviendo a reaparecer más, y en otras aparecen y reaparecen, recidivando como una enfermedad crónica.

La dermatitis atópica no es una alergia a ninguna sustancia, tejido ni alimentos, por tanto no se investiga ni resuelve retirando alimentos de la dieta, ni realizando pruebas alérgicas.

Cómo se manifiesta la dermatitis atópica

La piel de las personas con dermatitis atópica casi siempre está seca, al pasar la mano se aprecia una sensación de piel rasposa, incluso agrietada o cuarteada, que se descama con facilidad. Las lesiones que produce la dermatitis atópica suelen ser diferentes en las distintas edades de la vida: niños pequeños, mayores, adolescentes o adultos. Unas veces la dermatitis evoluciona en brotes, quedando la piel normal sin síntomas en los períodos entre brotes, pero en otros casos la piel está alterada constantemente, con épocas en las que los síntomas se manifiestan más intensamente.

En los lactantes, las lesiones aparecen generalmente después de los seis meses de edad, en la cara, pero no en la nariz, boca ni ojos; suele afectar a las mejillas, las orejas, el cuero cabelludo y a veces el dorso

de las manos y los codos. Estas lesiones son zonas o placas enrojecidas, con relieve, a veces erosionadas, con costra y en ocasiones blandas y exudativas. Todas estas lesiones pican, por eso aparecen erosiones por el rascado o porque los niños se frotan contra los objetos cercanos.

En los niños preescolares los primeros síntomas suelen aparecer en el segundo año de vida, afectando fundamentalmente al hueco poplíteo, el situado detrás de la rodilla, y a la zona de flexión del codo. Consisten en costras en ocasiones con vesículas y lesión de rascado por el picor que ocasionan, a veces el rascado produce infección de la piel convirtiéndose en eccema. Los síntomas de la dermatitis atópica en los niños mejoran unos años después para remitir en la pubertad o antes.

Qué puedo hacer si mi hijo tiene dermatitis atópica

En primer lugar, debes tener paciencia, porque la dermatitis atópica puede aparecer una y otra vez, es pesada y rebelde al tratamiento, pero nunca es grave.

Debes evitar que tu hijo, especialmente si es lactante o pequeño, esté en contacto con las sustancias que desencadenan o empeoran la dermatitis, como la ropa, los tejidos que contengan lanas, fibras sintéticas y plásticos.

— Evita las situaciones que producen picor en la piel porque el rascado y el picor empeoran las lesiones, por ejemplo el calor, sobre todo el producido por aire caliente, la sudoración, la ropa muy apretada, el ambiente seco, o el contacto con sustancias ácidas o irritantes.

— Utiliza tejidos de algodón, especialmente en la ropa interior, de forma que toda su piel esté en contacto sólo con algodón. Si es posible, que toda su ropa, no sólo la interior, sea de algodón; también la ropa de cama, sin mezclas de tejidos sintéticos ni lana.

— Mejor que baño, ducha de corta duración, utilizando sólo agua tibia, no muy caliente, sin jabón o uno con pH ácido. El baño diario no es ni imprescindible ni necesario, es una costumbre higiénica, agradable, que relaja y seda a los niños y adultos, de la que se debe prescindir cuando perjudica en vez de beneficiar. La higiene es necesaria, el baño prolongado no.

— Lava la ropa de tu hijo y la de su cama con un detergente suave, después aclárala con agua en abundancia.

— Evita los baños en las piscinas con agua clorada, las piscinas de agua salada son mucho mejor toleradas. Cuando tengas ocasión, llévale a la playa, ya que el mar mejora la dermatitis atópica; también la ausencia de ropa, permanecer en bañador, lógicamente cuando la época del año o la temperatura ambiental lo permitan.

— Cambia con frecuencia los pañales, evita que la orina o las heces irriten su piel.

— Después de la ducha o la limpieza de la piel, aplica una pequeña cantidad de crema para pieles atópicas o simplemente una película fina de aceite de oliva virgen.

— En algunos niños muy sensibles, ciertos alimentos producen picor de piel porque son liberadores de histamina. Estos alimentos son diferentes de un individuo a otro, por ello debes observar si alguno de ellos, como las fresas, el melocotón, los frutos secos (prohibidos en los menores de cinco años), el chocolate o los mariscos, le producen picor o exacerban la dermatitis atópica. En este caso, evítalos.

— Si tu hijo se rasca o está inquieto por el picor, puedes administrar por vía oral un jarabe antihistamínico de los de primera generación, por sus efectos sedantes, como la difenilhidramina o la hidroxicina. Consulta con tu médico la dosis y el tipo de antihistamínico.

Cómo se trata la dermatitis atópica

El tratamiento de la dermatitis atópica se realiza con pomadas de corticoides. Tu médico te indicará el tipo de corticoides y la dosis.

Los niños pequeños y lactantes generalmente mejoran utilizando corticoides, pomadas de potencia baja, que se aplicarán habitualmente dos veces al día, sólo en las zonas de piel afectadas, hasta que ésta mejore.

En ocasiones es necesario administrar pomada de corticoides de potencia media, incluso corticoides por vía oral, como única forma de controlar las inflamaciones intensas de la piel, rebeldes a pomadas.

3. Costra láctea y dermatitis seborreica. ¿Qué es y por qué se produce?

La costra láctea aparece en la cabeza de los niños recién nacidos, en la primera o segunda semana de vida. Es una manifestación más de la dermatitis seborreica, llamada así porque la piel de algunas áreas del cuerpo segrega una secreción untuosa o aceitosa parecida al sebo.

La costra láctea consiste en una placa grande, de color amarillo o blanquecino, situada en la cabeza del bebé a modo de casquete o pequeña boina, aunque puede ocupar todo el cuero cabelludo (figura 46). Es pegajosa, contiene escamas grasientas, que al desprenderse dejan ver la piel enrojecida. No pica ni duele, pero produce, cuando es muy grande, una sensación desagradable a la vista, porque afea al bebé. La costra láctea se considera la primera manifestación de la dermatitis seborreica.

La dermatitis seborreica se diferencia de la dermatitis atópica en que aquélla aparece antes, en las primeras semanas de vida, afecta al cuero cabelludo y a las orejas, mientras que la dermatitis atópica es más tardía —los primeros síntomas suelen aparecer después de los seis meses de edad— y las lesiones se localizan en las mejillas. La dermatitis seborreica contiene placas untuosas con descamación grasienta y no pica, es benigna, se cura en pocas semanas y no recidiva.

Qué hacer si tu hijo tiene costra láctea

Si la dermatitis seborreica es leve o la costra láctea pequeña, puedes esperar sin hacer nada, porque no duele, no molesta, tampoco pica, es casi un problema estético que se resolverá sin tratamiento en pocas semanas o meses. Si por cualquier razón deseas quitar esta costra, puedes emplear aceite de oliva o vaselina no perfumada, mejor vaselina salicílica al 3 o 5 por ciento, que se aplica encima de la costra durante unas horas, incluso toda la noche, retirando después las costras y escamas reblandecidas con la mano. Debajo aparecerá una superficie enrojecida sobre la que se puede poner una fina capa de pomada con corticoides de baja o mediana potencia, que tu médico te indicará.

En las demás zonas del cuerpo con placas de dermatitis seborreica también puedes utilizar una pomada de corticoides de mediana potencia durante pocos días (generalmente, de dos a cuatro días es suficiente). En ocasiones, estas zonas se infectan por hongos, en cuyo caso es preciso aplicar una pomada contra éstos.

Es necesario que tu médico confirme el diagnóstico de dermatitis seborreica y te aconseje el tratamiento que debes seguir.

4. Molusco contagioso

Qué es

Es una infección de la piel producida por un virus que causa nódulos redondeados, como pequeñas protuberancias en la piel, que parecen perlitas, en cuyo interior se aloja el virus. Esta infección es muy frecuente en niños y adolescentes. A pesar del nombre es muy poco contagioso y es tan poco importante que muchas veces desaparece solo. El virus se contagia por contacto directo entre dos niños o por autoinoculación, cuando la misma persona se lo contagia de una zona a otra de su piel.

Cómo se manifiesta el molusco contagioso

El síntoma principal son las lesiones en la piel, perlitas de uno a tres milímetros de diámetro, de color rosado o del mismo color de la piel, en número variable, que oscila desde pocos elementos a varias docenas (figura 47). Suelen estar distribuidas en pequeños grupos en cualquier parte de la superficie corporal, excepto en palmas de pies y manos. Es más frecuente en las zonas de rascado, como axila, brazos, ingles, piernas o cuello, pero también puede aparecer en la cara, abdomen y genitales externos.

Estas lesiones ni pican ni duelen, aunque los niños se rascan provocando sobreinfecciones de la piel y cicatrices. Las protuberancias o perlitas crecen lentamente, hasta madurar, alcanzando entonces un máximo de tres milímetros de diámetro. En su interior, si se abren, aparece una esfera o perlita redondeada cuyo interior es gelatinoso. No existe fiebre ni otros síntomas, ni afecta a otros órganos, sólo a la piel. El molusco contagioso es una enfermedad benigna, pero crónica. Cuando el niño es inmunológicamente competente, las lesiones pueden desaparecer solas, sin tratamiento, aunque para ello se necesiten entre seis y nueve meses, a veces más de un año.

El diagnóstico se realiza visualizando las lesiones, no es preciso biopsia, cultivo ni análisis alguno.

Qué hacer si tu hijo tiene molusco contagioso

Solicitar una consulta con tu médico para confirmar el diagnóstico.

Existen dos posibilidades. Una, esperar a que los moluscos

desaparezcan sin tratamiento, opción aconsejable cuando el número de éstos es escaso y no aumentan en los siguientes días o semanas. Además, se puede esperar siempre que tu hijo no se rasque y estas lesiones estén localizadas en una parte oculta del cuerpo. Esta espera puede durar varios meses, incluso más de un año.

La segunda opción, la más adecuada cuando no se dan las circunstancias anteriores, consiste en la extirpación física de las lesiones. Se realiza mediante un instrumento, una especie de cucharilla que elimina una a una cada lesión. La extracción de los moluscos no es dolorosa, porque antes se aplica una sustancia en forma de crema que anestesia la piel. Cuando las lesiones son múltiples es preciso sedar al niño.

Después de extirpar los moluscos, la piel queda intacta, sin cicatrices. Inmediatamente tu hijo puede hacer una vida normal, aunque en los siguientes meses pueden aparecer nuevos moluscos; en este caso, es necesario actuar de la misma forma, extirpando también estas unidades. La aparición de nuevos moluscos no indica que tu hijo esté débil, tampoco necesita la práctica de análisis, estudios ni tratamientos diferentes a la extirpación.

5. Impétigo

Qué es

El impétigo es una infección de la piel, muy contagiosa, que se puede esparcir, tanto de un lugar a otro en la misma persona como de un individuo a otro. El impétigo es muy frecuente, puede afectar a cualquier edad, si bien es más frecuente en los niños pequeños, los que están en la edad preescolar, y durante los meses de calor, verano y otoño, aunque puede aparecer en cualquier otra época del año.

El impétigo se produce por la invasión de la piel por gérmenes, previa rotura de la misma. A veces, esta rotura es invisible al ojo humano, por ejemplo, después de rascarse, tras la mordedura de un animal o de la picadura de un insecto. Los microbios que producen el impétigo son dos, científicamente se los conoce como estafilococo dorado y estreptococo, gérmenes que colonizan y abundan en la superficie de la piel, en la nariz y en la garganta, respectivamente; este estafilococo dorado es el mismo que produce generalmente abscesos y forúnculos en la piel.

Cómo se manifiesta el impétigo

El impétigo se inicia por la entrada del germen en la piel, aparece en primer lugar una mancha o ulcerita roja que pica, más tarde sale una pequeña ampolla llena de un líquido purulento y después se cubre con una costra amarillenta de color miel o café con leche (figura 48). En los siguientes días aparecen nuevas lesiones que evolucionan de la misma manera, lesiones que pueden estar cerca de la inicial o lejos, y que pueden extenderse de manera alarmante y rápida. En realidad, los niños se rascan la costra o las ampollas purulentas ricas en microbios, infectándose ellos mismos, con sus manos y uñas, otras zonas del cuerpo.

Aunque las primeras costras pueden aparecer en cualquier parte de

la superficie de piel, frecuentemente se inician en la cara, alrededor de la boca o nariz, extendiéndose por las zonas descubiertas del cuerpo, que son las que lógicamente se rascan. Sólo aparece fiebre cuando el impétigo es muy intenso.

¿Se puede prevenir el impétigo?

La limpieza y el aislamiento es la única forma de prevenir el impétigo y de evitar que se extienda. Si tu hijo tiene impétigo, te aconsejamos que tomes las siguientes medidas:

— Mantén sus uñas cortas y limpias.

— Lávate las manos con agua y jabón antes y después de curar sus heridas y costras.

— Vigila la aparición de nuevas costras.

— Evita que asista al colegio o a la guardería, ya que puede infectar a otros niños.

— Impide que juegue con otros niños, hasta que las lesiones estén curadas o su médico lo permita.

— Lava con agua caliente y jabón la ropa, las sábanas y toallas de tu hijo.

— Tira las gasas y vendas sucias dentro de una bolsa de plástico.

— Lava cualquier herida, corte o rasguño con agua y jabón; después aplica un antiséptico como povidona yodada (como el Betadine®).

Cómo se trata el impétigo

El tratamiento consiste en antibióticos en forma de pomadas o ungüentos. Previamente, es necesario descostrar las lesiones, única forma de que el antibiótico penetre en la lesión. Los dos gérmenes responsables del impétigo elaboran una fina película que impide que los antibióticos actúen; es imprescindible eliminarla, así como la costra. Para descostrar utiliza una gasa impregnada de suero salino, hasta que se ablande, o una solución de sulfato de cobre o de cinc al uno por mil, sustancia que puede adquirirse en las farmacias en forma de papelillos de un gramo (cada papelillo se diluye en un litro de

agua). Después de un rato, cuando la zona está empapada de cualquiera de estas dos soluciones, la costra y la película se desprenden con facilidad (figura 49).

Una vez descostrada, se aplica una pomada o ungüento de antibiótico, que tu médico te recetará. Esta pomada se pone encima de las lesiones, tres o cuatro veces al día, varios días, hasta que dejan de aparecer nuevas lesiones. La curación puede tardar unos días, pero suele ser total. Cuando existe fiebre o las lesiones son muy extensas, puede ser necesario un antibiótico por vía oral.

Muy pocas veces existen complicaciones, pero los gérmenes pueden extenderse a otras partes del cuerpo y producir celulitis, que es la infección del tejido celular subcutáneo. También, aunque más raramente, puede complicarse con una inflamación de los riñones llamada *nefritis* o producir una grave enfermedad llamada *shock tóxico*.

Cuándo consultar de urgencia

Debes consultar sin demora si el impétigo de tu hijo produce, además de las lesiones en la piel, uno o más de los siguientes síntomas:

— Fiebre elevada.

— Atontamiento, disminución del nivel de conciencia o tendencia al sueño.

— El niño tiene diarrea y mucha sed.

— Tu hijo orina poco o muy poco, o la orina es del color del agua de lavar carne o coñac.

— El pulso es rápido y débil.

— Aparecen manchas rojas en la piel, un sarpullido o *rash* parecido a una quemadura solar.

6. Urticaria. Una reacción inofensiva que asusta

La urticaria es bastante frecuente en los niños, y aunque suele ser inofensiva, asusta a los padres, que se ven incapaces de entender la primera vez que aparece qué es lo que está sucediendo en el cuerpo de su hijo y cuáles serán sus consecuencias. Frecuentemente, es un motivo de consulta urgente.

Qué es la urticaria

Es la aparición brusca de habones (manchas rojizas en la piel), con relieve, de contornos irregulares y formas diversas y caprichosas (figura 50). Pueden ser únicas o múltiples, encontrarse aisladas o confluentes, juntas o separadas, en zonas lejanas del cuerpo. A veces pueden estar centradas por una pequeña vesícula o una zona más pálida en su centro y generalmente pican. Estas lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo: cara, tronco o extremidades. Cuando los padres retiran la ropa que cubre el cuerpo de su hijo, pueden descubrir asustados que estas lesiones o habones son múltiples, hallazgo que los preocupa sin necesidad, porque son de naturaleza generalmente benigna. Pueden ser peligrosas únicamente cuando afectan a los labios o a la lengua, ya que en estas zonas la urticaria no pica, y se asocia a angioedema o anafilaxia, una enfermedad más grave.

En el capítulo «Enfermedades alérgicas. Rinitis, conjuntivitis y anafilaxia» puedes aprender más sobre el tema.

Por qué se produce la urticaria

La urticaria es una alergia, es la respuesta del organismo a cualquier sustancia que no tolera: alimento, medicamento, exposición, inhalación o contacto con cualquier microbio que lo infecte o incluso lo colonice, sin síntomas ni enfermedad. Algunas veces la urticaria se desencadena por la exposición al frío, al calor, al sol, al ejercicio físico o simplemente a una presión o trauma mínimo. Otras veces, aparece al tomar ciertos alimentos, como frutos secos, plátano, aguacate o kiwi, en individuos ya predispuestos, con alergias a estas u otras

sustancias; en estos últimos se produce reacción alérgica cruzada.

Los síntomas cutáneos se producen por la liberación por parte de algunas células del organismo de varias sustancias, como la histamina, que son las que originan los habones y los picores. Puedes conocer más sobre alergias en el capítulo «Enfermedades alérgicas. Rinitis, conjuntivitis y anafilaxia».

Qué síntomas tiene la urticaria

Los dos síntomas principales son los habones y el picor. Los habones pueden adoptar cualquier forma, pero siempre son manchas más o menos rojizas que se ven y se tocan, con bordes irregulares y relieve, a diferencia de otro tipo de manchas que se ven pero no se palpan. Los habones a veces parecen como si una o varias gotas de líquido irritante hubiesen caído, desde cierta altura, estallándose sobre la piel. Los habones pueden ser únicos o múltiples, pueden empezar siendo pocos, y multiplicarse horas más tarde, y es característico que aparezcan y desaparezcan sobre la misma zona de la piel o en otra. Muchas veces confluyen, creándose una zona amplia de piel roja e inflamada. En ocasiones, estas lesiones cutáneas desaparecen espontáneamente, dando la falsa impresión de curación, para reaparecer horas o incluso días después. Aunque el color de los habones es más o menos rojizo, puede contener en su interior zonas pálidas, incluso alguna pequeña vesícula.

Algunas urticarias son características, la que aparece por el frío afecta lógicamente a la zona expuesta al frío; la secundaria al sol se inicia en los primeros cinco minutos después de la exposición, con picor; la producida por contacto con hierbas, colonias u otras sustancias suelen aparecer de manera inmediata.

Qué hacer si tu hijo tiene urticaria

Lo más efectivo es la prevención, evitar el contacto físico con la sustancia que la origina, lógicamente, cuando es conocida. Desgraciadamente, la mayoría de las veces se desconoce el origen de la urticaria en los niños, ya que ésta aparece bruscamente, sin que pueda intuirse su causa.

En los casos leves o moderados es suficiente la administración, por boca, de un antihistamínico, medicamento que bloquea la liberación por el cuerpo de una sustancia llamada *histamina*, que es la responsable de los síntomas. Tu médico te indicará el tipo de antihistamínico, la dosis y la frecuencia de administración.

Cuando la urticaria es intensa o no cede con esta medicación, la segunda línea de tratamiento son los corticoides orales, en forma de gotas, jarabe o comprimidos. Consulta a tu médico para conocer el tipo de fármaco, la dosis y los intervalos y si es aconsejable o no realizar estudios alérgicos o de provocación de las sustancias sospechosas.

No debes poner encima de la piel de los habones pomada antihistamínica, corticoides ni ningún otro ungüento, porque además de ser poco o nada útil, pueden producir una reacción perniciosa de fotosensibilidad.

Cuándo consultar de urgencia

Debes consultar sin demora en las siguientes situaciones:

— Si la lengua o los labios se hinchan, tengan o no picor.

— Si sus labios se ponen de color morado, oscuro o azulado.

— Si apareciese dificultad respiratoria o cambio en el timbre de la voz, como afonía.

— Si tu hijo se pone pálido intenso, disminuye su estado de alerta o parece que no le interesan las cosas que le rodean.

— Si apareciesen silbidos o pitidos al respirar, especialmente si respira más de prisa o habla de manera entrecortada.

— Cuando la urticaria empeora después del tratamiento, en vez de mejorar.

En estos casos, tu hijo puede necesitar un tratamiento más agresivo e intenso, con oxígeno, adrenalina en inyección intramuscular, y quizá otros medicamentos, por todo ello la consulta urgente, no diferida, es lo indicado.

7. Piojos

En algún momento, tu hijo o alguno de sus compañeros de colegio pueden tener piojos. No te sorprendas por ello, se da en las mejores familias y en todos los centros escolares.

Existen tres tipos de piojos: los del pelo —que continúan siendo muy frecuentes en nuestro medio—, los del cuerpo y los del vello del pubis, conocidos también como *ladillas*. Estos dos últimos casi han desaparecido del mundo moderno, debido a las mejoras en las condiciones de higiene. Los piojos del pelo afectan a adultos y niños de cualquier edad y condición social.

Los piojos del pelo necesitan sangre del huésped para vivir, por eso pican y chupan sangre del cuero cabelludo, produciéndose así el único síntoma, el picor del cuero cabelludo. La hembra pone los huevos, llamados *liendres*, en la raíz del pelo, donde permanecen alrededor de una semana, tiempo que necesita el nuevo piojo para madurar y salir del cascarón. Las liendres vivas están muy cerca de la raíz del pelo, las muertas —de las que no nacerá ningún piojo—, se encuentran separadas, ya que fueron puestas varias semanas antes, tiempo que precisa el cabello para crecer. Este nuevo piojo no es viable, muere porque está lejos del cuero cabelludo y en consecuencia no puede extraer sangre de él. Las liendres vivas o muertas son de tamaño muy pequeño, blancas, las vivas están adheridas fuertemente al pelo, muchas veces se confunden con escamas del cuero cabelludo o caspa.

Los piojos pasan de una cabeza a otra con mucha facilidad, por eso los niños se contagian una y otra vez. Tú puedes eliminarlos, pero unas semanas más tarde quizá tu hijo vuelva a tenerlos, porque ha sido reinfectado, debido a que no fueron tratados a la vez todos los niños parasitados, no porque tu tratamiento fuera ineficaz.

Además de la higiene y el baño diarios, tienes que aplicar en la cabeza un champú o una crema insecticida que contenga permetrina, que puedes adquirir en la farmacia. Debes mantener la permetrina durante diez minutos, tiempo necesario para que los piojos mueran. Las lociones de este producto se dejan durante toda la noche. Después, realizarás un buen lavado de cabeza para limpiar los restos del

insecticida, aclarando bien con agua caliente. Además, te recomiendo que utilices un peine muy fino, llamado *liendrera*, para todo el cuero cabelludo, al objeto de limpiar los pelos de liendres. Preocúpate de los huevos pegados a la raíz del pelo o de los que están muy cerca del cuero cabelludo, que son los que tienes que extirpar, ya que los otros no hacen daño. Los lavados de cabeza con agua y vinagre (mitad agua, mitad vinagre) ayudan a desprender las liendres del pelo. Repite la loción con permetrina una semana después para evitar que el brote de piojos del colegio vuelva a parasitarle, en cualquier caso mira atentamente la cabeza en las siguientes semanas. Los tratamientos con champú o lociones preventivos no sirven, pues el piojo sólo muere cuando está maduro.

Cuando fracasa el tratamiento con insecticidas tipo permetrina, pueden emplearse líquidos que envuelven herméticamente a los piojos, asfixiándolos. También se utilizan a veces tratamientos orales, pero sólo cuando los insecticidas y las medidas físicas han fracasado repetidamente.

Trastornos del comportamiento

1. Los celos. El nacimiento de un nuevo hermano

Los niños tienen celos. Los padres muchas veces no lo entienden, porque les cuesta aceptar que su hijo no pueda querer a su nuevo hermanito. El cariño se establece por el roce y evidentemente éste es inexistente cuando el nuevo hermano hace su aparición. Además, el recién llegado absorbe todo el tiempo de las personas que más quiere, sus padres. Éstos no asumen que su hijo tenga celos, y les sueltan unos sermones tan desesperantes como inútiles. Los hijos celosos sufren, como tú sufrirías también si tu pareja trajera un día a vuestra casa a una persona a la que dedica más tiempo que a ti. En este capítulo aprenderás a entender mejor los celos, sobre todo a manejarlos y a prevenirlos.

Qué son los celos

Son sentimientos normales en los humanos, tanto en niños como en adultos, que se manifiestan por cambios en la conducta. Los celos son muy comunes en los niños, y responden a un sentimiento generalizado de miedo a perder lo que más quieren o lo que tienen: el cariño y la protección de sus padres, el miedo a ser sustituidos por otra persona, a ser abandonados. Los celos producen mucho dolor en los niños, aunque en la mayoría de los casos se sufren afortunadamente un corto período de tiempo.

A quién afectan los celos

Afectan más frecuentemente a los niños entre uno y tres años, aunque también a los de cuatro y cinco años, incluso mayores. Puede producir celos el nacimiento de un nuevo hermano, pero también el nacimiento de algún primo o de un bebé cercano a la familia.

Los celos pueden afectar también a los niños de cualquier edad, generalmente ante el éxito escolar, deportivo o de cualquier otra índole de algún hermano o amigo cercano. El niño pequeño siente a veces celos del hermano mayor, cuando éste requiere mayor atención de su madre, bien porque está enfermo o bien porque necesita más tiempo por motivos escolares o de rehabilitación.

Los celos afectan a todos los niños: a los buenos, a los obedientes y a los traviesos; a los listos y a los menos listos; a los primogénitos y a los no primogénitos. Son más frecuentes entre los niños menos acostumbrados a compartir con los demás. Al ser un sentimiento de miedo a ser sustituido por otro, sólo están a salvo de padecerlos los niños que confían mucho en sí mismos. Los niños se sienten seguros cuando tienen cubiertas todas sus necesidades afectivas y biológicas, cuando ocupan un sitio seguro en su casa, en su familia, que antes y después del nacimiento de un hermano continúan ocupando ese lugar. Los niños pueden ser brillantes y seguros en el colegio o en los juegos, pero en cambio sentirse inferiores en su familia.

Por qué se producen los celos

Porque los niños pequeños no entienden el concepto de compartir, quieren que sus seres queridos, su madre y su padre sean sólo suyos y de nadie más. Los celos son un sentimiento de amor y de odio: de amor hacia la persona que no se quiere compartir, y de odio hacia el intruso. Intruso es aquel que acaba de llegar, con el que tiene que compartir el cariño y el tiempo de sus padres. Los niños, al sentirse desplazados en dedicación y afecto, manifiestan un comportamiento diferente, preocupante para los padres, que responde a la imposibilidad de explicar verbalmente sus sentimientos. Los menores de cinco años se expresan con un lenguaje no verbal, un lenguaje corporal consistente en hacerse más pequeños, más agresivos, más inquietos o lo manifiestan con otros trastornos de la conducta.

Cómo se manifiestan los celos

Algunas veces los celos se manifiestan muy claramente, incluso con crudeza; otras, sin embargo, su expresión es muy sutil, poco perceptible. Las conductas más frecuentes son:

— Comportamiento regresivo, esto es, realizar actos ya superados en su edad, tales como reclamar el chupete, querer tomar el biberón o mamar de su madre, hacerse pis o caca por la noche cuando ya tenía controladas estas funciones, chuparse el dedo o hablar como un niño pequeño. Esta regresión a conductas infantiles es porque el niño observa que el intruso recibe más atención que él y por ello imita su comportamiento, para que su madre le vuelva a dar de comer o le cambie los pañales, en un intento desesperado por mantener su atención y dedicación.

— Intentos de captar la atención de sus padres, simulando

situaciones en las que están más atentos y preocupados. Los niños imitan dolores, generalmente abdominales, de cabeza o de oídos. Son conductas generalmente muy bien fingidas. Las rabietas desproporcionadas también son una manifestación de celos.

— Agresividad hacia el intruso, que en ocasiones puede ser peligrosa, ya que casi siempre éste es recién nacido o lactante pequeño. Son frecuentes los pellizcos, apretones de manos o pies, mordiscos, empujones, agresiones verbales y gritos e insultos.

— Aislamiento y síntomas depresivos manifestados porque los niños se aíslan, lloran o están tristes, dejan de jugar o permanecen más tiempo del habitual quietos e inactivos.

— Rechazo a compartir con el intruso nada, ni juguetes, ni juegos, ni tiempo.

— Trastorno del aprendizaje, producido por el estado emocional en el que se encuentra, lo cual le impide concentrarse en sus deberes escolares, dormir bien o atender en el colegio. Como el pequeño intruso no tiene deberes escolares, el hermano celoso tampoco quiere ir al colegio ni realizar sus trabajos.

Cuál es el tratamiento

El tratamiento consiste en hacer que el niño se sienta querido. Todos los padres queréis a vuestros hijos, pero no todos los niños se sienten queridos por sus padres. Para ello, el niño debe recibir un afecto especial, un trato único que le haga sentir que es especial para vosotros. Las palabras de cariño y de afecto son necesarias, pero no suficientes. Es aconsejable abrazarle, jugar con él, atenderle, escucharle, en una palabra, hacer que se sienta importante dentro de la familia.

El niño celoso no debe ser reprendido por ello. No es responsable de sus sentimientos, no los puede controlar y se siente mal por ello. Acusarle o llamarle celoso en vez de ayudarle aumenta su inseguridad, disminuye su autoestima y se incrementan los celos. Es más adecuado decirle que entiendes cómo se siente, que él es muy importante y que el hermanito es de toda la familia, no sólo de los padres, es también suyo. El principal en la familia es él, no el hermanito, pero éste necesita comer más a menudo, dormir más, cambiarle más veces... Todos necesitan la ayuda del hermano mayor o del hermano celoso cuando no es recién nacido. Los sermones deben evitarse; frases como «Debes querer a tu hermanito» o «Como es tu hermano, debes quererle» no son útiles, pues el niño no entiende por qué tiene que querer a alguien por el hecho de que se lo digan o se lo exijan.

Como el niño con celos tiene un sentimiento ambivalente de amor y odio hacia su hermano —odio porque desea que el «intruso» desaparezca y amor porque se siente culpable de este deseo—, necesita que vosotros, sus seres queridos, le entendáis y le expliquéis ese confuso sentimiento. Oír y sentir que vosotros entendéis cómo se siente y que le ayudaréis porque le queréis mucho alivia su culpabilidad.

El niño debe participar activamente en los cuidados de su hermanito. Nunca debe ser desplazado ni rechazado durante los cuidados del bebé. La madre o el padre debéis pedirle que sujete el biberón mientras come, que apile los pañales o que agarre al bebé mientras se le cambia. Estos actos deben ser premiados con palabras y expresiones de éxito y de agradecimiento y con gestos de amor que permitan que el niño colabore en las tareas relacionadas con su hermanito, encajando así en la familia. Esta ayuda es imprescindible, aunque sin ella pueda ser más fácil o más rápida la tarea que se va a realizar. Aunque el niño puede estorbar, debe invitársele a participar. Cuando los celos son entre hermanos mayores o es el pequeño el que tiene celos de su hermano mayor, el hermano con celos necesita estímulos positivos que refuercen su autoestima y alejen el miedo al desplazamiento dentro de su familia. Si el desencadenante de los celos es el éxito escolar o deportivo, se considerará como éxito cualquier actividad del hermano con celos, por ejemplo, la pintura sobre una cartulina, una figura con barro o plastilina, éxitos que se sobrevalorarán colocándolos en un lugar preferente de la casa.

Nunca se debe ridiculizar al niño celoso. Necesita todo lo contrario, apoyo y comprensión. Y sobre todo necesita tiempo, que el padre o la madre pasen muchas horas con él.

Algunos niños pueden utilizar los celos para conseguir cosas que de otra manera no obtendrían. En estos casos, los padres no debéis consentir ni la mala conducta ni que se sobrepasen los límites que el niño tiene establecidos. Si se le consiente durante el ataque de celos lo que no se le permite en condiciones normales, la enseñanza que recibe es inadecuada, pues creerá que con los celos es capaz de conseguirlo todo.

Los celos por el nacimiento de un nuevo hermanito pueden durar desde unas semanas a meses, o incluso años. La intensidad es también variable, puede ser de poca importancia o manifestarse con explosiones de llanto y agresión verbal e incluso física. Cuando haya riesgo de agresión física, el niño nunca debe permanecer solo con el bebé, ya que su propio sufrimiento le impide valorar el daño que puede hacer.

Pueden prevenirse los celos

Algunas medidas sencillas pueden prevenir los celos o disminuir su intensidad. Ponlas en práctica.

— No debe coincidir la entrada en el colegio o en la guardería con el nacimiento del hermanito. Es aconsejable adelantarlo o atrasarlo algunos meses. El cambio de habitación tampoco debe coincidir, es necesario adelantarlo al menos cinco meses antes del parto.

— En el primer contacto con su hermanito, en la clínica o en casa, recibirá un regalo de parte de éste. Después le tocará las manos y los pies. En este primer contacto el recién nacido debe estar en los brazos de otra persona diferente a sus padres o en su cunita, nunca en brazos de la madre. Ésta abrazará al hermano o hermanos y escuchará con atención todo lo que éste o éstos le digan.

— Es conveniente que el niño vea fotografías suyas de cuando era bebé y reciba explicaciones de esta época. También es útil solicitar a las visitas atenciones con el niño mayor, no sólo con el bebé. Tener incluso preparados algunos regalos pequeños para que las visitas regalen al niño y al bebé. Los regalos para éste pueden ser abiertos por el niño. Explícale que cuando era bebé también recibió muchos regalos.

— Invítale a tocar al niño, a sujetar el biberón, solicita su ayuda para el baño y para el resto de las tareas. Nunca le ordenes salir.

Debes recordar que los celos no son siempre negativos. Bien encauzados ayudan a los niños a conocer la realidad, a entender que no están solos ni son el centro del mundo, los ayudan a compartir y aceptar la presencia de otras personas.

2. Rabietas, cómo evitarlas y cómo manejarlas

Todos o casi todos los niños tienen o han tenido rabietas en algún momento de su vida, unas veces porque es la única manera que tienen de expresarse, otras porque imitan el modelo de conducta que ven en sus padres y algunas porque con las rabietas intentan conseguir algún beneficio. Antes o después, probablemente tu hijo tendrá alguna rabieta, necesitarás saber por qué las tiene y cómo afrontarlas.

Qué son las rabietas

Las rabietas son la forma inmadura con la que el niño pequeño, de edad generalmente entre uno y tres años, expresa sus emociones, su ira o su enfado, habitualmente porque no sabe expresarlo de otra manera. Las rabietas son un comportamiento normal, no son una enfermedad ni un síntoma; en consecuencia, no precisan consulta médica. Tu hijo puede manifestar las rabietas con gritos, rabia, insultos, también puede tirarse al suelo, dar patadas, agarrarse a tus piernas o intentar dañarte o dañarse. Aparecen casi siempre delante de los padres, raramente en su ausencia, y muchas veces en lugares públicos o delante de otras personas.

Las rabietas pueden persistir después del tercer año, incluso en la adolescencia, pero lo hacen únicamente cuando el niño saca rentabilidad a este comportamiento, cuando consigue beneficios, y también cuando no ha madurado para controlar estas emociones. Sin embargo, la mayoría de los niños mayores de cuatro años aprenden a vehiculizar de otra forma su enojo o su enfado y las rabietas desaparecen.

Por qué tiene tu hijo rabietas

En tu hijo, las rabietas se desencadenan probablemente por algunas de las siguientes situaciones: — No sabe lo que quiere decir, no tiene palabras para explicarlo o no sabe expresar sus sentimientos.

— Si tu hijo es mayor, puede tener rabietas porque no sabe finalizar su tarea escolar.

— Quiere hacer una cosa y no puede, por ejemplo, coger un juguete o meter un cubo dentro de otro.

— No se le da o se le quita algo que quiere y manifiesta su enfado gritando.

— No entiende las órdenes que tú o los demás le dais.

— Tiene hambre, sueño o no puede descansar. Los niños tienen menos tolerancia a la frustración por hambre, cansancio o sueño.

— Está enfadado, preocupado o molesto.

— Ha aprendido que con rabietas consigue más cosas.

A veces lo utiliza como una forma de amenaza, intenta imponer su voluntad. Seguramente imita lo que ve, tú o tu pareja gritáis a menudo, y él está aprendiendo este comportamiento.

Qué hacer si tu hijo tiene rabietas

Siempre es mejor prevenir que curar, por eso intenta evitar que se desencadenen las rabietas.

— Intenta evitar las situaciones que desencadenan las rabietas, por ejemplo, hambre, cansancio, sueño...

— Distráele cuando sabes que va a comenzar con una rabieta.

— Ten paciencia y escúchale, deja de hacer lo que estés haciendo, intenta ayudarle a expresar lo que quiere.

— Anímale para que exprese sus emociones con palabras, no con llanto ni con gritos.

— Prémiale cuando consigue pedir algo sin rabietas.

— No le regañes por tonterías, no le prohíbas todo, déjale alguna opción para que pueda escoger.

— No le sobornes para que no tenga rabietas, porque lo utilizará para conseguir lo que desea.

— No chilles, grites ni tengas manifestaciones de cólera. Tu hijo te podría imitar.

Cuando la rabieta ya se ha desencadenado, te sugerimos las siguientes medidas:

— Ignórala, no le prestes atención, obsérvale desde lejos. Si piensas que puede hacerse daño, márchate o cambia de habitación hasta que se le pase. Dile sin rencor: «Cuando se te pasen el enfado y la pataleta, puedes venir a verme, estoy en la otra habitación.»

— Durante el período de rabieta no intentes razonar ni convencerle, no hables con él, es inútil, además puede aumentar su enfado.

— Si la rabieta es para conseguir algo, no se lo des, lo contrario es enseñarle que éste es el camino adecuado.

— Si tu hijo te insulta o dice que no te quiere, no se lo tengas en cuenta, no sufras, estas palabras no tienen en él ningún significado, sólo expresa enfado o ira.

— Si tu hijo intenta pegarte o pretende hacerse daño a sí mismo, por ejemplo, dándote patadas, golpeándose la cabeza o arrojándose hacia atrás, no se lo permitas, inmovilízale sin palabras, sin gritos, sin enfados. Después de unos minutos, cuando se le haya pasado, explícale lo inadecuado e inútil de su comportamiento.

— Cuando la rabieta es en un sitio público, sácale inmediatamente a un lugar apartado y quédate con él.

— Nunca hagas caso de las rabietas para llamar la atención. Nunca te rindas ante ellas.

— Después de la rabieta, cuando tu hijo se acerque, generalmente arrepentido, aunque no lo sepa expresar, achúchale, abrázale y habla de lo sucedido. Nunca le rechaces.

La mejor forma de controlar la situación es que permanezcáis siempre serenos y calmados, antes, durante y después de la pataleta.

3. Autismo. El niño que no mira a su madre

El autismo es un trastorno neurológico del cerebro. Produce una incapacidad relativa del desarrollo mental que dificulta o impide la comunicación y la relación del autista con las demás personas y con las cosas que le rodean, imposibilitando así el aprendizaje normal, el juego individual o social y el comportamiento normal. Es una enfermedad relativamente frecuente, en la actualidad más habitual que el síndrome de Down. El autismo afecta cuatro veces más a los niños que a las niñas y debe ser reconocido lo más precozmente posible, antes de los tres o cuatro años, aunque puede sospecharse antes del medio año de vida.

Su causa es desconocida, y si bien existen diversas teorías, ninguna ha sido demostrada; no se ha encontrado hasta el momento ninguna alteración en los análisis de sangre realizados, ni en las pruebas de imagen cerebral. Una antigua teoría que relacionaba el autismo con el déficit afectivo en los primeros meses de la vida está desechada en la actualidad. No existe tampoco ningún factor genético o hereditario, ni trastorno psicológico o mental familiar asociado a esta enfermedad.

Nadie tiene la culpa del autismo, ni quien lo padece ni su familia. Aunque la mayoría de los autistas parece tener retraso mental, es necesario distinguirlo de éste para evitar tratamientos ineficaces e iniciar los adecuados. Con excesiva frecuencia, el niño autista es detectado demasiado tarde porque los médicos, los profesores o los padres no están familiarizados con los síntomas que permiten sospecharlo. Estos niños, además de no tener contacto visual con los que les rodean, no miran a sus padres, no responden a las órdenes y parecen sordos sin serlo, tienen otros muchos síntomas característicos, como podrás leer a continuación.

Cuándo sospechar que un niño es autista

Debes sospecharlo cuando observas algunos de los síntomas, independientemente del nivel social, raza o etnia, porque esta enfermedad existe en todas ellas. El primer síntoma puede detectarse tan precozmente como a los cuatro o seis meses, porque a esta edad los niños ya fijan la mirada en las personas de su entorno, especialmente en su madre y en las cosas que les rodean, mostrando su interés. Los lactantes autistas ni gesticulan, ni balbucean —el balbuceo es el primer lenguaje—, ni imitan, ni miran a su madre.

Más tarde del año, especialmente al inicio de la edad preescolar, o al final de los dos años, los síntomas suelen ser más frecuentes y evidentes, aunque se manifiestan con diferentes grados de intensidad y asociación entre ellos. Debes sospechar autismo si observas en tu hijo, algunos, no todos, de los siguientes síntomas:

— Se comporta de una manera extraña, inadecuada para su edad; emite ruidos, no es mudo, pero no habla; no oye, pero no es sordo; parece que no te ve, pero no es ciego.

— Prefiere estar solo, es muy reservado, no se junta con otros niños ni juega con ellos.

— Parece insensible al dolor, no tiene miedo a los peligros.

— Su cara y su cuerpo son inexpresivos, no tiene lenguaje corporal.

— No mira a nadie, tampoco a ti, y cuando lo hace parece que no te ve.

— No se ríe o la risa no parece ser sentida, es inapropiada; su sonrisa también es extraña.

— No responde cuando le hablas, no responde a las órdenes, parece sordo sin serlo, porque se asusta con los ruidos.

— Juega de manera rutinaria, obsesiva e ininterrumpida. Utiliza los juguetes de manera inapropiada.

— No imita ni a los animales ni a los niños ni repite gestos. Parece no tener imaginación.

— No aprende, parece insensible a los métodos de enseñanza.

— Su lenguaje es ininteligible para su edad, repite palabras y frases repetidamente.

— Señala los objetos en vez de hablar.

— No busca consuelo cuando está enfadado.

— Su actitud física es excesiva, no para de hacer los mismos movimientos raros, como si fueran una manía, o por el contrario no se mueve, permanece quieto durante mucho tiempo.

— Es obsesivo, siempre tiene que hacer lo mismo, es imposible cambiar su rutina.

Cómo evoluciona y cómo se trata a un niño autista

Aunque la mayoría de los niños autistas no se curan, y por ello precisarán cuidados durante toda su vida, algunos pueden llevar una vida casi normal o normal.

No se conoce ningún tratamiento verdaderamente eficaz, a pesar de haberse empleado muchos, ninguno es aceptado universalmente, teniendo cada uno de ellos defensores y detractores. Se han empleado medicamentos, educación especial, psicoterapia... siendo sus resultados positivos, pero escasos.

Si tu hijo es autista, tú y tu familia sois el pilar y sostén de su tratamiento. No le ingreses en ninguna institución, es mejor que se quede en casa. Tu ayuda y el tratamiento profesional pueden conseguir un mayor nivel de independencia y mejor calidad de vida.

Es necesaria la confirmación del diagnóstico; primero comenta tus sospechas a tu médico, él te enviará a un especialista que lo compruebe.

Recomendaciones para vivir con hijos autistas

Ponte en contacto con una asociación de niños autistas, ya sea española (Federación Autismo España), europea (Asociación Autis-Europa) o americana (Autism Society of America); te ayudarán mucho, porque son verdaderas expertas. Además, procura seguir estas pautas:

— No te sientas mal, no te deprimas, tú no tienes ninguna culpa de que tu hijo sea autista. Debes estar fuerte para poder ayudarle.

— Háblale, pero hazlo despacio, porque necesita tiempo para comprender. No le hables mucho, utiliza siempre órdenes sencillas y cortas.

— No le dejes que se aburra ni que permanezca sin actividad. Ordénale actividad sin insistirle, agobiarle ni invadir su espacio.

— No improvises, porque necesita mucho orden y rutina en su vida.

— Si se golpea, tiene una rabieta, rompe algún objeto o se muestra agresivo, no le grites, nunca le agredas, trata de calmarle y cálmate tú. Muchas veces este comportamiento es el que emplea para decir que está enfadado o que no le salen las cosas como quiere.

— Aunque no se expresa bien, puede ser inteligente. Explícale las cosas, también las que hace mal.

— Puede que tu hijo no acepte tus abrazos ni tu contacto físico, pero quiere estar cerca de ti.

— Nunca olvides que él te quiere a ti y a las personas que te rodean, a pesar de que no sepa manifestarlo.

— Recuerda que tu hijo puede ser feliz si le aceptan como es y le ofreces una vida sencilla, ordenada y tranquila. Simplemente, su concepto de felicidad es diferente del tuyo.

4. La tartamudez

La tartamudez no es una enfermedad, es un trastorno de la comunicación oral, que no tiene repercusión ni en el desarrollo mental, ni en el psicológico, ni en el aprendizaje. Sólo cuando persiste o es inadecuadamente tratada por sus padres y por su entorno puede afectar a la autoestima del niño.

Algunos niños sanos y normales tartamudean cuando son pequeños, pero luego se les pasa. Sólo dos de cada cien personas tartamudean, siendo los varones tartamudos cuatro veces más abundantes que las mujeres.

Qué es la tartamudez

La tartamudez es un trastorno de la fluidez al hablar, no de la inteligencia —es decir, los tartamudos no son menos inteligentes—. Los tartamudos prolongan los sonidos de las palabras, éstas no les salen o interrumpen el sonido en mitad de la palabra; en ocasiones se acompaña de temblores en los labios, la mandíbula o en alguna otra parte del cuerpo. Los niños tartamudos tienen una o más de las siguientes características:

— No les sale la palabra que quieren decir.

— Repiten una palabra o un sonido muchas veces, bloqueando la frase o encasquillándose en la misma.

— Al inicio o en mitad de la frase hacen un sonido muy largo, por ejemplo *ttttttttengo*...

— Dejan salir aire antes de comenzar a hablar.

— Mueven la cabeza, la boca, los párpados o la mandíbula cuando se traban. Se encasquillan, se bloquean, o sencillamente dejan de hablar cuando notan que comienzan a tartamudear.

— Algunas veces, los sonidos y las palabras les salen fluidas, pero otras no.

La tartamudez es involuntaria, aparece y desaparece

periódicamente, por tiempos variables, sin causa aparente.

Por qué se produce la tartamudez

Se desconocen las causas exactas de la tartamudez. Se piensa que existe una base genética y quizá alguna alteración neurológica. Los estudios realizados por imagen cerebral han encontrado diferencias en el control motor del habla y en el procesamiento del lenguaje entre las personas que hablan normal y las que tartamudean. Estas diferencias no significan enfermedad ni limitación alguna, más allá del lenguaje.

A partir de los dos o tres años, los niños empiezan a adquirir una gran cantidad de sonidos, palabras y conceptos que quieren utilizar en su lenguaje normal, sin estar todavía muy seguros de hacerlo bien. Por ello dudan, repiten mientras se aseguran o simplemente meditan lo que quieren expresar, tienen en su cabeza más conceptos y palabras de las que pueden emplear. Por esta razón, la tartamudez en los niños de edades comprendidas entre tres y seis años es normal: uno de cada cuatro niños pasa por un período de tartamudez en esta época de la vida.

Qué hacer si tu hijo tartamudea

Para evitar que tu hijo perpetúe la tartamudez o ésta repercuta en su autoestima y en el desarrollo de su personalidad, te aconsejo las siguientes medidas:

— Cuando tartamudee, no le apresures a terminar.

— Nunca finalices tú la palabra, la frase o el concepto que quiera expresar, aunque lo conozcas.

— Escucha con mucha atención, ten paciencia.

— No desvíes la mirada, mírale a la cara, mejor a los ojos y muéstrale con tu expresión una actitud de tranquilidad y relajación, no de prisas.

— No permitas que nadie se burle de tu hijo.

— Cuando tú le contestes, habla normal, pero más despacio, más relajadamente.

— Nunca le castigues ni le obligues a repetir las palabras o la frase que dice mal.

— Intenta compartir todo el tiempo posible con tu hijo, pero no le

interrogues, deja que él te cuente lo que quiera, que se exprese libremente. Si está pendiente de contestar a tu interrogatorio o de no tartamudear, no lo podrá evitar, intentará hablar más de prisa y se trabará.

— Puedes hablar con tu hijo de la tartamudez y de su manejo libremente.

— Demuéstrale cariño en todo momento.

Estas medidas evitarán posiblemente que el tartamudeo se perpetúe, aunque recuerda que es normal que aparezca y desaparezca espontáneamente. Si persiste después de los seis años o es muy intenso, consulta, porque probablemente necesitará la ayuda de un foniatra o de un logopeda. Los medicamentos son totalmente ineficaces, no los utilices.

5. Niño hiperactivo. Déficit de atención e hiperactividad

Convivir con un hijo hiperactivo es en muchas ocasiones el fin de la tranquilidad. Tener un hijo con déficit de atención representa estar alerta ante el riesgo de que tenga problemas en la escuela. Estos niños, que suelen ser inteligentes, son sin embargo incapaces de aprender adecuadamente y se adaptan mal a las normas sociales de convivencia. La detección precoz de los niños con déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la adopción de normas de convivencia y el tratamiento médico y psicopedagógico les permite un futuro esperanzador. En las siguientes páginas puedes leerlo.

Qué es la hiperactividad

Es un trastorno de la conducta que se caracteriza porque los niños no pueden mantener la atención ni la concentración, tienen dificultad para controlar sus impulsos y no pueden estarse quietos, se mueven constantemente. Por ello, estos niños pueden tener problemas de convivencia familiar y escolar, dificultades en el aprendizaje, a pesar de que ellos no son responsables de estos trastornos de su conducta. Si no reciben ayuda, pueden desarrollar en la adolescencia problemas emocionales y de adaptación social.

A quién afecta la hiperactividad

Es mucho más frecuente en niños que en niñas, y aunque se tiene desde el nacimiento, se pone de manifiesto a partir de los tres o cuatro años, siendo los síntomas muy claros desde los seis años en adelante.

El origen del TDAH no está totalmente esclarecido, aunque sí sabemos que es un trastorno multicausal. Los niños cuyo padre o madre fueron o son hiperactivos tienen muchos más riesgos de ser hiperactivos. También los niños en cuyas familias existan miembros con este trastorno. Los estudios en gemelos han demostrado que los factores genéticos explican la mayoría de los síntomas. Existen otros factores no hereditarios que propician el déficit de atención con hiperactividad, tales como el consumo materno de alcohol durante el embarazo y nacer con un peso inferior a mil gramos.

Por qué se produce la hiperactividad

La hiperactividad no es voluntaria, no es de origen psíquico. Su causa es un trastorno orgánico debido a una alteración de las sustancias químicas cerebrales, cuya función es facilitar la transmisión de los impulsos de las células cerebrales en las zonas encargadas del control de algunos comportamientos. La causa íntima de este problema actualmente se desconoce. Los padres, por tanto, no son responsables.

Cómo se manifiesta la hiperactividad

Se manifiesta por síntomas que se destacan de una manera más o menos pronunciada en cada niño hiperactivo. Estos síntomas son los siguientes:

— Dificultad para mantener la atención, para realizar la tarea que tienen entre manos, especialmente cuando ésta precisa mucha atención, mucho tiempo o es monótona. Por ello, tienen dificultad para realizar los trabajos escolares que consisten en escribir o que requieran estar sentados atentos a la explicación del profesor, pues se distraen con cualquier cosa.

— Son niños impulsivos, actúan antes de pensar y por ello son incapaces de mantener su turno para opinar o para actuar, interrumpen constantemente la conversación de los adultos y responden a veces de manera intempestiva a las preguntas que se les hacen.

— Tienen un alto grado de agitación, hablan y se mueven constantemente. Se retuercen, se levantan de su silla, tienen dificultades para mantenerse quietos y realizan movimientos inútiles, no relacionados con la tarea que realizan; incluso cuando duermen, se mueven sin cesar. Pasan a menudo de una actividad a otra sin terminar ninguna. Esta hiperactividad es más pronunciada en unos niños que en otros.

— Son desobedientes, no obedecen las normas y tienen dificultades para seguir las instrucciones y los reglamentos. Por ello, con frecuencia son castigados. Además no aceptan que se les contradiga y cuando esto sucede, gritan, chillan, lloran y se descontrolan.

— El rendimiento escolar se resiente, debido a la falta de atención, impulsividad e hiperactividad, lo que puede desembocar en fracaso escolar, especialmente en las áreas de lectoescritura (el 30 por ciento son disléxicos), lenguaje y aritmética. Muchos de estos niños tienen además dificultad para relacionarse con sus compañeros, su

impulsividad los lleva en ocasiones al fracaso social y al rechazo, pueden tener problemas de ansiedad, porque les resulta difícil responder de una manera adecuada a las exigencias de sus padres, maestros y compañeros. Esto trastorna el estado de ánimo y los conduce muy frecuentemente a mantener posturas de oposición, desafiantes.

Cómo se trata la hiperactividad

Los síntomas de la hiperactividad ni desaparecen por sí solos ni disminuyen con el tiempo. Es un trastorno crónico que precisa un tratamiento de larga duración y múltiple: psicológico, pedagógico y médico. Los casos leves pueden ser manejados sin medicamentos, pero los moderados e intensos precisan fármacos. El tratamiento psicológico, conductual, consiste en enseñar a los padres y a los niños estrategias para reforzar las conductas positivas, reduciendo o eliminando las situaciones negativas. Se trata de utilizar técnicas para promover la atención y la obediencia y reducir los comportamientos violentos. A los padres se les enseña a dar órdenes concretas, frases cortas y directas que expliquen con claridad lo que desean que el niño haga.

El tratamiento psicológico trata también de desarrollar en el niño el autocontrol mediante técnicas específicas que el terapeuta aplica.

El tratamiento pedagógico o psicopedagógico consiste en utilizar técnicas para lograr el mayor aprovechamiento en el aprendizaje (orientación, ubicación, lectura, símbolos, análisis, síntesis...). Los niños hiperactivos necesitan además una enseñanza individualizada y personalizada, y con frecuencia refuerzo extraescolar que repita y asiente las tareas y los conceptos desarrollados por la mañana en el colegio. El déficit de atención en el aula se contrarresta con la enseñanza individualizada que centra más fácilmente la atención del niño en el problema. Los profesores deben saber que el alumno es hiperactivo, con el objetivo de que sepan tolerar la excesiva actividad, invitando incluso al niño a salir y entrar del aula y sentarse y levantarse con frecuencia. El profesor puede ayudar mucho al niño con TDAH a concentrarse, a reducir su ansiedad y a rendir más con menos sufrimiento.

El tratamiento farmacológico consiste en la administración diaria de un medicamento. Los más efectivos, y por ello los más utilizados, son los fármacos psicoestimulantes (metilfenidato), que curiosamente en estos niños en lugar de estimularlos les disminuye la actividad física, mejorando sensiblemente la capacidad de concentración y

atención; un comprimido cada mañana puede cambiar radicalmente a tu hijo, pasando del suspenso al aprobado y del rechazo a la aceptación. Existen dos tipos de metilfenidato: uno de ellos es de absorción rápida, lo que le obliga a tomar dos dosis diarias —una por la mañana y otra al mediodía, con el fin de lograr que el niño se concentre por la mañana y por la tarde—; el otro preparado es de absorción lenta, son cápsulas que contienen en su interior este medicamento para ser liberado de manera pausada y prolongada, de forma que con un solo comprimido al día, tomado por la mañana, se consigue concentración en las tareas escolares durante todo el día.

También se han utilizado fármacos que disminuyen la depresión (antidepresivos) y la ansiedad (ansiolíticos). En los últimos años se está empleando medicación no psicoestimulante (atomoxetina). Consulta a tu médico el tipo de fármaco, la dosis y el ritmo de aplicación.

Cómo se convive con un niño hiperactivo

La convivencia no es fácil, porque aparecen frecuentemente situaciones de desobediencia, impulsividad y déficit de atención que dificultan la vida familiar. Los padres y el resto de la familia tienen sentimientos contrapuestos: por una parte se enfadan puntualmente por las dificultades de convivencia, en especial cuando la hiperactividad y la impulsividad están muy acentuadas; por otra parte reconocen los valores personales y el afecto que los une. Cuando los adultos olvidan que ni la actitud ni el comportamiento de estos niños son intencionados, cuando olvidan que son así porque no pueden ser de otra forma, el conflicto familiar aparece.

Existen ciertas normas que pueden facilitar la convivencia con un niño hiperactivo. Los siguientes consejos pueden ser de gran utilidad:

— Acepta a tu hijo como es, activo, y trata mientras de canalizar ese exceso de vitalidad proporcionándole actividades apropiadas, ejercicios, caminatas, carreras, deportes... Acondiciona en tu hogar un espacio donde pueda divertirse sin peligro ni molestias para los demás. Recuerda que no puede controlar esta energía, no puede guardarla para más tarde, su hiperactividad no es intencional.

— Sé tolerante y paciente. No serlo no solamente no resuelve el problema, sino que lo agrava, ya que tu hijo se sentirá rechazado. Esto le generará ansiedad, disminución de su autoestima y mayor dificultad para aprender y para relacionarse con los demás.

— Mantén una disciplina firme sin castigos físicos. Todos los niños, y mucho más éstos, necesitan unas reglas claras, que les muestren cuál

es el límite de lo permitido, que vosotros, sus padres, sois responsables de enseñarle. Estas reglas deben ser pocas, pero claras, con el objeto de preservar los objetos y utensilios de la casa y la integridad del niño y de sus hermanos. Estos niños deben saber cuál es la línea que no pueden cruzar, qué es lo que pueden hacer.

— Evita estar constantemente vigilándole y reprendiéndole, porque su nivel de tolerancia es menor que el de un adulto. El orden y la rutina ayudan a estos niños a comportarse. Aunque con frecuencia alterará tu tranquilidad o romperá un objeto apreciado, nunca le castigues físicamente; esto, además de no ser útil, es inhumano y el niño puede aprender que la respuesta a un problema es pegar, reproduciendo el modelo que tú le has enseñado. Castígale en un rincón o en su cuarto, pero por un tiempo corto, ya que no puede cumplir con un tiempo largo. El objetivo es que sepa que su conducta fue inapropiada.

— Evita que participe con otros niños en juegos excitantes, como pelear, ya que estos niños no pueden controlarse, no saben hasta dónde pueden llegar o cuándo tienen que detenerse. Además, si están muy fatigados física o mentalmente pierden o disminuye su autocontrol y los problemas de convivencia se acentúan.

— Evita los lugares, las reuniones y las situaciones rígidas, ya que tu hijo no podrá estar quieto mucho tiempo. Cuando este tipo de situaciones sean imprescindibles, desarrolla actividades que puedan paliar la rigidez o formalidad del ambiente.

— Prueba con juegos, cuentos y dibujos para aumentar progresivamente el período de atención de tu hijo. Tu niño debe utilizar pocos juguetes —muchos aumentan su distracción—, fáciles de usar y duros.

— Premia la buena conducta y potencia su autoestima, evita las descalificaciones y las comparaciones con sus hermanos. Recuerda que el exceso de actividad bien manejado puede generar grandes ventajas.

¿Puede prevenirse la hiperactividad?

No puede prevenirse la hiperactividad ni el déficit de atención. Es una situación crónica que dura toda la vida, los adolescentes y adultos con este trastorno son normales y pueden desarrollar una vida normal.

Puede prevenirse el fracaso escolar, la dificultad del aprendizaje, el rechazo social y el riesgo de la inadaptación que estos niños pueden tener cuando sean adultos.

Los tratamientos médico, psicológico y pedagógico son altamente eficaces para evitar estos riesgos.

6. Dislexia. La dificultad para aprender a leer y escribir

Algunos niños de inteligencia aparentemente normal y con edad para aprender a leer, a deletrear y a escribir, muestran una gran dificultad para adquirir estos conocimientos, y son etiquetados de distraídos, cuando no de vagos, y por ello presionados, castigados como respuesta al bajo rendimiento escolar. Sin embargo, estos niños no son perezosos, son disléxicos.

Qué es la dislexia

Es una deficiencia en la capacidad para aprender a leer de algunos niños, por lo demás normales, sin deficiencia mental ni ninguna otra alteración o enfermedad que pueda justificar esta dificultad en la lectoescritura. Todos los niños tienen una cierta dificultad para aprender a leer cuando empiezan, pero pronto reconocen las letras, las sílabas y las palabras, avanzando de manera visible en el siguiente año. Si tu hijo continúa con dificultades en los siguientes dos años, debes sospechar que es disléxico.

La dislexia es relativamente frecuente: afecta aproximadamente a cinco niños de cada cien, tanto niños como niñas. Aunque existen varias teorías, su causa no es conocida, se sabe que existe un componente hereditario porque muchos padres de niños disléxicos también lo fueron o lo son. Se piensa, sin que se conozca con seguridad, que el cerebro de estos niños, siendo normal, procesa de manera lenta lo que ven y cómo lo ven, las letras y las palabras, transmitiendo esta información de manera inadecuada a la zona del cerebro encargada de ordenar a las cuerdas vocales que emiten los sonidos.

Existe, pues, una descoordinación entre las áreas cerebrales encargadas de identificar las letras y el lenguaje. El cerebro se

compone de dos mitades interconectadas; en los diestros, la parte izquierda del cerebro se encarga del lenguaje, entre otras muchas funciones, mientras que la otra mitad, la derecha, se encarga de la información que se obtiene a través de lo que vemos. Es información visual y espacial, por lo que se necesita una conexión perfecta entre estas áreas para que las letras y sílabas se visualicen adecuadamente ordenadas y poder emitir los sonidos que las identifican. Algunas personas padecen dislexia después de sufrir una enfermedad —por ejemplo, una cirugía, un traumatismo o un tumor— en estas zonas del cerebro.

Cómo reconocer la dislexia

Los síntomas van cambiando conforme el niño va creciendo, haciéndose cada vez más claros y evidentes en la edad escolar, época en la que se inicia el aprendizaje de lectoescritura. Además, existen muchos grados: algunos niños tienen una dislexia leve, que lógicamente es más difícil de detectar, a la vez que más sencilla de tratar; otras son más intensas y duraderas, incluso permanentes, éstas son más evidentes y claras en su presentación.

Debes sospechar que tu hijo es disléxico si tiene algunos, no todos, de los síntomas que explicamos a continuación.

Etapa preescolar o de educación infantil (de tres a cinco años) — Existe algún familiar cercano con dislexia (padres, hermanos, primos, tíos...).

— Presenta lentitud o torpeza para correr y saltar.

— Manifiesta lentitud o retraso para aprender a hablar con claridad.

— Confunde en la pronunciación palabras parecidas fonéticamente.

— Muestra un retraso en el reconocimiento del cuerpo.

— Tiene dificultades para aprender rutinas y seguir instrucciones.

— Es torpe en el manejo del lápiz, de las tijeras y en las actividades manuales.

— Le es difícil recordar los números, las letras, los colores y los días de la semana.

— Muestra falta de atención y una actividad excesiva.

Etapa escolar precoz (de seis a nueve años)

— Presenta claras dificultades para aprender a leer y escribir.

— Invierte letras, números y palabras, por ejemplo, confunde *b* por *d*, *9* por *6*.

— Tiene tendencia a escribir algunas letras o números de manera inversa (como el reflejo en un espejo).

— Confunde la izquierda y la derecha.

— Mezcla el orden de las letras dentro de las palabras.

— Tiene dificultades para pronunciar algunas palabras, invirtiendo, sustituyendo u omitiendo alguna letra o sílaba, por ejemplo, *cacheta* por *chaqueta*.

— Escribe con dificultad, las letras no le salen.

— No aprende bien ni el alfabeto ni las tablas de multiplicar.

— Muestra falta de atención y de concentración.

Etapa escolar tardía (de nueve a doce años)

— No es capaz de leer y escribir con soltura. Le falta ritmo en la lectura y presenta una lentitud excesiva.

— No recuerda lo que lee, comete errores al escribir en la pizarra o en el papel, omitiendo letras o alterando el orden dentro de la palabra.

— Entiende el reloj, la hora y sus fracciones, así como el tiempo —el día, el mes y el año— con muchas dificultades.

— No se concentra para cumplir diferentes órdenes verbales.

— Inicia una falta de confianza en sí mismo, disminuye su autoestima.

— Parece menos maduro, es impulsivo y no tolera la frustración.

Niños mayores de doce años

— Lee con dificultad, ni recuerda ni entiende lo que ha leído inmediatamente después de hacerlo.

— No se concentra cuando escribe o lee, tiene una escritura descuidada, errores ortográficos, omisiones o inversiones que persisten repetidamente.

— Trabaja, escribe y lee con lentitud. No termina sus tareas.

— Evita leer y escribir, le cuesta mucho esfuerzo y no le gratifica, por ello lo rechaza.

— No entiende las matemáticas sencillas, se bloquea.

— Muestra una dificultad evidente para el aprendizaje de otras lenguas.

— Sufre una baja autoestima y tiene dificultad para hacer amigos.

Cómo se diagnostica la dislexia

Los padres o los profesores pueden sospechar dislexia desde la etapa preescolar, cuando ya existen indicios. La confirmación es sencilla, la realiza el gabinete psicopedagógico del colegio, el pediatra o el psicólogo. Es necesario que el médico descarte otras causas de alteración en el aprendizaje de la lectura y de la escritura, como los defectos de la visión o de la audición, el retraso mental, o la existencia de alguna otra alteración o enfermedad que impidan o dificulten el aprendizaje. No existe ningún análisis de sangre, ni pruebas genéticas ni estudios del cerebro por imagen —como la resonancia magnética, la tomografía computarizada o el electroencefalograma— que permitan el diagnóstico.

Qué hacer si tu hijo es disléxico

En primer lugar, consulta para confirmar el diagnóstico de dislexia. Si éste es positivo, comunica inmediatamente esta confirmación al colegio para que éste adopte medidas educativas especiales para los niños disléxicos.

La actitud que debéis adoptar los dos, madre y padre, es fundamental para el éxito de tu hijo y consiste en lo siguiente: — Demuéstrale continuamente afecto y comprensión. Necesita sentirse querido.

— Asegúrale que tendrá éxito, que aprenderá como los demás niños; explícale que quizá necesite más esfuerzo y que necesitará más tiempo.

— Muéstrate siempre seguro, ni angustiado ni dudoso, cuando tu hijo fracase o parezca que no avanza.

— Potencia su autoestima, dale estímulos positivos, haz un reconocimiento de las cosas que haga bien, por ejemplo, pintar, silbar o cualquier otra actividad.

— Habla abiertamente con tu hijo de sus problemas. Ofrécele seguridad, pero no hiperprotección.

— Háblale continuamente de las cosas que os suceden juntos, cuando vais al colegio, a visitar a sus amigos, a comprarle algo...

— Ayúdale con sus deberes o que alguien le ayude para afianzar sus conocimientos.

— Si es necesario, haz que reaprenda las materias que teóricamente ya debería conocer, por ejemplo, a escribir los números

correlativos, a sumar, restar o escribir frases.

— Procura que tu hijo tenga éxitos en alguna actividad, como la música, el baile, algún deporte.

— Ten mucha paciencia. El éxito futuro de tu hijo es muy probable, casi seguro, siempre que encuentre en ti, en su familia y en su colegio estos tres elementos: comprensión a sus problemas de lectoescritura, ayuda y cariño.

— Exige en el colegio un tratamiento y seguimiento individualizado y específico para tu hijo.

Además, realiza juegos para que entrene su pronunciación, después la lectura y más tarde la escritura.

— Cantad una canción con la palabra o una sílaba difícil de pronunciar, aplaudiendo cada sílaba.

— Buscad palabras que empiecen por una letra determinada.

— Invéntate una historia.

— Haz que recuerde sus apellidos, su día de nacimiento y teléfono, o los días de la semana: «Hoy es..., y mañana...»

— Dile que cierre los ojos y que describa qué cosas hay en la habitación.

— Leed los dos juntos, buscad una palabra o una letra dentro de la lectura.

— Y siempre apláudele, aunque no lo haga bien del todo.

7. La desobediencia. Causas y soluciones

Es muy posible que tu hijo en algún momento de su infancia sea desobediente y quizá se porte mal. Este comportamiento sólo es preocupante cuando es una actitud persistente, continuada en el tiempo o que se acrecienta, de forma que cada semana es peor que la anterior. Éste es un motivo de consulta al pediatra y una causa de preocupación en los padres, que se preguntan hasta dónde va a llegar este niño, si deben castigarle físicamente o no, si deben poner límites a su comportamiento o por el contrario ya aprenderá cuando crezca. La época en la que los niños son más desobedientes y se portan mal es cuando tienen entre dos y cinco o seis años.

Conocer la causa concreta de la desobediencia es muchas veces difícil, el comportamiento de tu hijo puede ser incomprensible para ti, tanto como para él lo puede ser el tuyo. Muchas veces, incluso, los adultos no nos entendemos a nosotros mismos, nos sorprendemos y nos preguntamos por qué estamos algunos días más enfadados e irascibles.

Este capítulo te ayudará a comprender la desobediencia y el mal comportamiento y te ayudará a solucionarlo.

Por qué se porta tan mal tu hijo

Las causas por las que un niño es desobediente o se porta mal están probablemente entre las siguientes:

— Quiere llamar la atención porque tiene necesidad de tu afecto. Si la única manera de sentirse querido, aceptado o reconocido es portarse mal, lo hace; de esta manera consigue llamar la atención de sus seres queridos. Este comportamiento es muy frecuente cuando los niños tienen celos por el nacimiento de un hermanito o de un primo muy cercano, pasan de ser buenos y obedientes a niños que lloran,

tiran objetos, pegan y desobedecen a propósito. Incluso te provocan, vertiendo el vaso de agua o de leche encima de la mesa, o se hacen pis encima de su ropa cuando ya controlaban el esfínter, todo ello mirando provocativamente a su madre o padre.

— El crecimiento y el cambio que le obliga a desear hacer más actividades, más cosas, explorar nuevas habilidades y tener mayor independencia. Esto, que puede ser entendido por ti como portarse mal o ser desobediente, en realidad es un entrenamiento que debe hacer, aunque a veces te enfade; por ejemplo, quiere aprender a utilizar las tijeras, pero recorta la revista o el libro que está encima de la mesa en vez de un cartón o papel. En este caso el niño no quiere ser destructivo, como se le puede acusar, simplemente desconoce la utilidad de ese libro tan apreciado por ti. De igual modo puede intentar dar de comer al perro, bañar al gato o romper un collar para jugar con sus perlas. Reprenderle en estas situaciones no tiene ninguna utilidad educativa, sólo sirve para desorientarle, aprovecha estos momentos para enseñarle.

— Necesidad de autoafirmación, propia de los cuatro años, cuando los niños se hacen más atrevidos, más fuertes físicamente y más capaces de oponerse verbalmente. Esta oposición suele ser más intensa y frecuente cuando reciben órdenes prohibitorias, como «No hagas eso», «No cojas eso», «Suelta lo que tienes», «Cuidado, que vas a romper...», órdenes nefastas. Mucho mejor son los mensajes positivos, los que aumentan la confianza; por ejemplo, cuando ha tirado o roto lo que estaba manipulando, se le puede decir: «Recógelo y tíralo a la basura, ya sabes que esto se puede romper» o «Coge la servilleta y limpia la leche derramada».

Tu hijo tiene que aprender a confundirse y a rectificar para hacerse fuerte e independiente, tú no puedes aprender por él, le harías débil e inútil.

¿Debes utilizar medidas disciplinarias?

En teoría pueden ser efectivas las medidas disciplinarias para lograr un buen comportamiento, en la práctica se emplean con más frecuencia de la debida. Se utiliza el castigo físico y el psicológico; el primero nunca debe emplearse, no sólo no sirve para los objetivos que se persiguen, sino que además es pernicioso, en el futuro el niño puede reproducir este modelo de violencia y agresividad y ser

violento, no conciliador; el segundo es poco eficaz y sólo se empleará en determinadas circunstancias muy especiales. Que no se castigue física o psicológicamente no quiere decir que tu hijo pueda hacer lo que le dé la gana, tampoco quiere decir que no se pongan límites a sus acciones.

Antes de considerar el castigo es necesario que reflexiones respecto a los objetivos de éste, para que no sea sólo lograr el sometimiento, porque muchos adultos consideran que lo importante es lograr que el niño sea obediente, y esto es totalmente desacertado. Los niños pueden y deben ser críticos y desobedientes cuando la obediencia significa anular su voluntad, perder su libertad para pensar, hablar o actuar. Esto es lo que se consigue con la disciplina férrea, con el castigo físico: te obedece a ti o a una figura poderosa, sobre todo si teme el castigo, pero no se convence, probablemente repetirá la acción por la que ha sido amenazado cuando no sea vigilado. Sin embargo, cuando tu hijo deja de hacerlo, cuando desiste porque ha sido convencido de que es lo adecuado, no lo repetirá, porque en este caso está regulando su comportamiento por sí mismo, no por el miedo al castigo. Esto se logra con palabras, paciencia y cariño.

La disciplina se la debe poner cada niño mediante un proceso de autocontrol. Éste se aprende, y también se imita: tu hijo te imitará a ti y a las personas que os rodean. La disciplina no debe conseguirse mediante el castigo, la amenaza ni ninguna otra forma de presión, es algo que el niño y después el adolescente construyen lentamente, siempre que encuentren las condiciones adecuadas, fundamentalmente en sus padres. Por eso es tan importante pasar tiempo con los hijos, para poder escucharlos, aconsejarlos, enfadarse cuando es necesario, explicando con palabras, no con golpes ni con gestos de desprecio, las causas del enfado. De esta forma, los niños van adquiriendo un fuerte sentimiento de confianza en sí mismos, también un gran apego y admiración por sus padres y por el razonamiento lógico. Esto le convierte progresivamente en una persona cada vez más independiente y autónoma, objetivo final de la educación de los niños.

Muchos padres pretenden que sus hijos sean obedientes y disciplinados desde muy pronto, desde que tienen muy pocos años, porque consideran que después es demasiado tarde para enderezarlos. Esta opinión no es ni cierta ni útil. En los primeros años de vida, el niño actúa más porque siente curiosidad, desconoce las reglas de «tuyo o mío», de utilidad o inutilidad de un objeto, de comportamiento adecuado o inadecuado..., actúa espontáneamente, instintivamente y necesita poderosamente el afecto de su madre, de su padre, de su cuidador o de sus abuelos. En estos primeros años, el niño

grita, llora, patalea... cuando está contrariado, si tiene miedo, hambre o sueño, independientemente del lugar donde se encuentre, el horario o la idoneidad social. Además, es egocéntrico y egoísta, todo es suyo, también lo de los demás niños, características todos ellas propias de la edad. Ni la disciplina ni el castigo pueden modificar este comportamiento, que es espontáneo.

En los siguientes años, hasta los seis, tu hijo irá aprendiendo poco a poco. Enséñale con cariño y sin castigo o con los mínimos —como los que más tarde te sugeriremos—. Entre los seis y catorce años, el proceso de autocontrol y madurez es más rápido, porque su desarrollo intelectual y psicológico se lo permite, entiende más claramente las normas, los derechos —los suyos y los de los demás— y el sentido de la justicia. Cuando los padres intentan obtener resultados de obediencia antes de existir madurez, consiguen probablemente que su hijo obedezca, pero no que madure. Esta actitud altera sobre todo la relación de confianza entre ambos y dificulta el futuro, porque la confianza disminuye, cuando no anula, la imagen materna y/o paterna como modelo. La disciplina y el castigo mal indicado, a destiempo, pueden lograr que el niño tenga respeto y temor por la autoridad, pero no el respeto interno, el real, el que le sirve para crecer interiormente. Elegir la disciplina inadecuada, bien por el tipo o por el momento, además de inútil es innecesario, sólo sirve para reforzar un poder momentáneo que es falso y fugaz: cuando el niño crezca dejará de obedecer.

Consejos para el castigo

A veces, los padres no tienen más remedio que aplicar alguna medida disciplinaria. Esto es normal, siempre que sea la excepción y no lo habitual, se realice con tranquilidad y controlando la situación —no enfadado ni descontrolado— y se explique el motivo del castigo con palabras sencillas. Los castigos reiterados seguramente indican que el momento o la causa no son entendidos por el niño, en cuyo caso es innecesario, o bien el adulto que castiga, generalmente, es intolerante e impaciente, está insatisfecho consigo mismo y con las relaciones que tiene establecidas con su hijo.

Éstos son algunos requisitos para que el castigo pueda ser efectivo:

— Debes aplicarlo inmediatamente, no lo demores, por ejemplo: «Como no te has portado bien, mañana no verás en la televisión tu programa favorito.» La aplicación debe ser inmediata, no debe

posponerse; después no recuerda la causa del castigo y lo considerará injusto.

— No esperes a que lo realice otra persona, por ejemplo: «Cuando tu padre llegue, te castigará porque te has portado mal.»

— Como no existe relación entre la intensidad del castigo y su efectividad, no seas muy severa, mejor un castigo pequeño y por poco tiempo. Es más efectivo el castigo que consigue que tu hijo entienda por qué no puede hacer las cosas que lo motivaron, esto le enseña, evitando la repetición del acto por el que fue castigado.

— Utiliza castigos de muy corta duración; por ejemplo, si tu hijo está en edad preescolar, castígale a pensar contra la pared o a estar sentado sin moverse, lógicamente por escaso tiempo, tres o cinco minutos, más no puede cumplirlos. Si es de mayor edad, la duración será por poco tiempo, no tiene utilidad ni es justo dejarle sin su juego preferido, sin cine o sin salir con sus amigos durante semanas. La duración y la intensidad del castigo son las necesarias para que reflexione sobre los argumentos que tú le das, mejor si están basados en tu propia experiencia.

— Realiza siempre el razonamiento añadido al castigo, mejor antes de aplicarlo. Ten en cuenta la edad de tu hijo, si es pequeño entenderá mal tus argumentos y el significado de las palabras.

— El castigo físico no puede ser mayor de un golpe leve en la mano.

— Los niños mayores responden mejor al razonamiento siempre que éste sea lógico; cuando es ilógico o inventado, empeora la resistencia del niño, en este caso es inútil.

— Antes del castigo, avísale de las posibles consecuencias.

— Antes de castigar, encuentra algo positivo que decirle; de esta forma se sentirá aceptado aunque más tarde le impongas la disciplina, la relación con él se deteriorará menos.

— Mantén siempre el control de la situación: no grites, no chilles, actúa con tranquilidad y con calma.

— El castigo nunca puede establecer una conducta negativa entre tú y tu hijo.

— El castigo no puede enseñarle conductas agresivas, nunca puede enseñarle a responder con violencia verbal o física, en este caso es ineficaz y negativo para su aprendizaje y autocontrol.

— Después del castigo, alábale y muéstrale cariño, primero con palabras luego con abrazos.

¿Debes limitar la libertad de tu hijo?

Algunos padres dudan sobre limitar la libertad de su hijo; piensan que es perjudicial para su desarrollo, porque frustra su independencia; sin embargo, ésta es tan necesaria como enseñar a los niños los límites de sus acciones.

La limitación de la libertad es imprescindible para educar a los niños, también para protegerlos de los peligros, contrariamente a lo que se puede pensar. Los niños que crecen totalmente libres no son más felices, porque necesitan los consejos y las normas que sus padres les ofrecen. Esto les da seguridad. Los niños que crecen sin límites, cuando son adolescentes y adultos tienen problemas de relación con los demás, dificultades en su socialización y aceptación en el grupo, y corren el riesgo de inadaptación social y en consecuencia de delincuencia. Permitir que los niños hagan lo que quieran sin enseñarles límites es malcriar, puede ser incluso una forma de maltrato infantil. Puedes aumentar la información sobre los niños hiperprotegidos en el capítulo «Nuevas formas de maltrato infantil».

Los niños necesitan límites y éstos los ponen los padres. También necesitan tener cubiertas sus necesidades afectivas. Ambas necesidades son compatibles, un niño puede ser querido y respetado, a la vez que no se le deja hacer todo lo que quiere, esto le ayudará más tarde a tener autocontrol.

Los límites deben ser claros, pero flexibles. Por ejemplo, si quiere jugar con un objeto peligroso, se le dice: «No puedes jugar con esto porque te hará daño, pero sí con este otro objeto.»

No todo pueden ser límites ni prohibiciones. Es necesario ser respetuoso con sus necesidades de jugar; por ejemplo, no le dejes jugar encima de la mesa o en el cuarto de baño, pero sí en tu cuarto y en el salón.

Así pues, el castigo debe ser:

— Respetuoso con él y con sus necesidades fisiológicas de desarrollarse, como saltar, correr, tener curiosidad...

— Entendible, que contribuya a desarrollar su autocontrol y le sirva para aprender, no sólo para obedecer.

— Mantenido, ya que sus acciones no se pueden censurar en función del día, la persona o el humor que tenga el adulto que pone los límites.

En resumen, educa a tu hijo en libertad, pero enséñale a respetar a los demás, a las personas, animales y cosas. El aprendizaje de las normas sociales debe hacerse, pero con cariño; respeta su

independencia, pero ponle los límites, esto es necesario aunque se enfade.

8. Depresión. Los niños también se deprimen

Como los adultos, los niños también sufren depresión y ansiedad. A diferencia de aquéllos, que lo expresan y manifiestan verbalmente, en los niños la depresión puede pasar desapercibida durante largos períodos de tiempo, haciendo que éstos vivan en un infierno, tristes, infelices e incapaces de entender qué les pasa, de expresar estas sensaciones y de saber cómo salir de esta situación. La depresión puede ser tan fuerte que algunos niños tienen incluso ideas de suicidio. Para abordar el tratamiento de la depresión es imprescindible que conozcas sus síntomas, para que tus sospechas puedan ser consultadas precozmente, iniciándose el tratamiento de forma temprana. Esto redunda no sólo en aminorar el sufrimiento, sino que también son mayores las posibilidades de éxito.

Por qué se deprimen los niños

Las causas exactas de la depresión se desconocen, probablemente intervienen múltiples factores, personales, genéticos —algunas familias son más vulnerables a la depresión que otras— y ambientales —se sabe que algunas situaciones predisponen a esta situación—. Algunos de estos factores son: la incapacidad para controlar las propias emociones, generalmente debido a una educación inadecuada; no tolerar la frustración, porque se quiere un premio inmediato (niños que exigen y demandan premios y se les acostumbra a ello); la irritabilidad y las rabietas. Los niños con estos comportamientos pueden tener más tarde depresión, porque su educación no ha conseguido retrasar la gratificación, controlar las emociones negativas, ni tolerar la frustración. Cuando los niños son educados con afecto y ternura, a la vez que con reglas, normas de conducta y orden, aprenden a tolerar la frustración, a controlar la irritabilidad, a evitar las rabietas y a modular su estado de ánimo. Esta educación consigue fortaleza de ánimo, seguridad y estabilidad emocional, previniendo los problemas emocionales.

Algunos problemas ambientales, familiares y sociales influyen en la aparición de la depresión. Los niños que sufren una fuerte carencia afectiva o un problema familiar grave que repercute en su seguridad están más predispuestos a la depresión, tales como el fallecimiento de

un padre, abuelo, hermano o miembro cercano de la familia; también la separación o el divorcio traumático con agresividad verbal, física o emocional; los maltratos o abusos sexuales, ya sea por un adulto o por otros niños de su misma edad, especialmente cuando es consentido por los tutores o profesores encargados de su cuidado y protección (puedes ampliar información en el capítulo «Nuevas formas de maltrato infantil»).

Cómo saber si tu hijo está deprimido

La manera de expresar la depresión y sus síntomas son diferentes en los niños más pequeños, en los preescolares, en los de mayor edad y en los adolescentes. En éstos se manifiesta como en los adultos, tienen pérdida de interés por las cosas y personas que hasta entonces les interesaban y de la capacidad de disfrutar, cansancio físico y psíquico, falta de ánimo o ánimo deprimido, sentimiento de inutilidad y fracaso, alteración del apetito por exceso o por defecto, dificultad para tomar decisiones, consumo de alcohol y otras drogas e ideas de suicidio. Estos síntomas persisten durante al menos dos semanas. Generalmente, en los niños mayores y adolescentes los síntomas realmente duran mucho más, antes de que los padres perciban el estado depresivo de su hijo y pueda ser diagnosticado.

Los preescolares, menores de seis años, también sufren depresión, pero lo manifiestan de manera diferente que los adolescentes y los adultos. Los dos síntomas principales son la tristeza y la incapacidad de disfrutar con los juguetes, juegos, situaciones y personas que hasta entonces les producían disfrute, placer y alegría. Se les nota muy irritables, llorones sin razón ni causa aparente, están apáticos, negativistas, todo les parece mal. Se muestran muy pegados a sus padres, especialmente a su madre, incapaces de separarse de ella, y cuando lo hacen lloran, se enfadan, gritan y patalean.

Los niños escolares, a partir de los seis años, manifiestan la depresión con algunos de los síntomas anteriores y con otros nuevos. Además de perder interés por las cosas que hasta entonces los entretenían y divertían, se muestran apáticos, pasivos, con poca actividad física o, por el contrario, hiperactivos, pierden la capacidad de concentrarse, al no interesarse por ninguna actividad, y en consecuencia disminuye su rendimiento escolar. Están solos, tristes, pesimistas, irritables y con frecuencia, cuando sus padres les preguntan qué les pasa, dicen sentir dolor de cabeza, de abdomen, mareos... síntomas difíciles de comprobar si son reales o no.

Los niños de mayor edad, además de perder el interés y ser

incapaces de disfrutar de las cosas que los rodean, se sienten tristes o vacíos la mayor parte del día. Tienen problemas de sueño, duermen mucho o tienen insomnio, dicen que están cansados, pierden su energía y suelen sentirse inútiles, con baja autoestima, se culpabilizan de problemas reales o ficticios que rodean su vida. Estos niños tienen un falso sentimiento de rechazo por parte de los demás, creen que nadie los quiere, y tampoco ellos se quieren a sí mismos. Estos sentimientos los aproximan a ideas repetidas de suicidio. Estas situaciones pasan desapercibidas durante semanas, meses, a veces años. La relación de los niños deprimidos con sus hermanos, padres, amigos y con el colegio se deteriora, se quedan solos y aislados, pueden iniciarse en el consumo de drogas para aliviar los síntomas de la depresión y en consecuencia se resiente claramente su rendimiento escolar.

Cómo se trata la depresión

Lo más importante es que detectes pronto sus síntomas, porque es fundamental para la curación iniciar el tratamiento lo antes posible. Consulta con tu pediatra el significado de los síntomas descritos en este capítulo. Una vez que él descarte su relación con otras enfermedades del cuerpo, posiblemente te aconseje consultar con un psicólogo o psiquiatra infantil.

El tratamiento de la depresión consiste en psicoterapia, a veces con fármacos antidepresivos, además del apoyo familiar y escolar que estos profesionales te indicarán. Los antidepresivos son muy eficaces, pero tardan tres o cuatro semanas en actuar, por tanto si tu hijo recibe esta medicación, no te impacientes, espera casi un mes para notar mejoría. El tratamiento psicológico es fundamental y la respuesta de los niños deprimidos al tratamiento combinado de terapia y fármacos suele ser excelente.

9. Miedo, estrés y ansiedad

Los niños también sufren temores, miedo y estrés que, a veces, les provocan ansiedad.

Estas sensaciones son normales en cualquier momento de la vida, incluso una pequeña dosis de estrés podría no ser perjudicial porque ayuda a superar los problemas y retos cotidianos. Sin embargo, cuando el miedo y el estrés son intensos y continuados o frecuentes, deben ser detectados, porque tienen repercusiones negativas sobre la vida y la felicidad de los niños, pudiendo predisponerles a alteraciones psicológicas y del comportamiento cuando sean adultos. El miedo, el estrés y la ansiedad se manifiestan de manera diferente en las distintas edades de la vida de los niños, por lo que los padres y las personas que conviven con ellos, abuelos, cuidadores de guardería y maestros, deben estar familiarizados con los síntomas del estrés y de los miedos patológicos, al objeto de prevenir la ansiedad. En este capítulo aprenderás a identificar la ansiedad, el estrés y las fobias, tanto en niños pequeños como grandes, y a manejarlos adecuadamente.

¿Qué es la ansiedad?

Es una respuesta del organismo del niño o del adulto ante situaciones de amenazas, verdaderas o no, que produce sentimientos de tensión, temor y nerviosismo muy superiores a lo que correspondería a la causa que los provoca. Es como una situación de defensa ante la amenaza real o imaginada.

El estrés beneficioso es aquel que permite a los niños adaptarse para sobrevivir mejor, ayudándoles a superar los obstáculos que se presenten en su vida cotidiana.

Las fobias se producen cuando el estrés y el miedo se mantienen con el tiempo, ya sea de manera transitoria o permanente, impidiendo

el crecimiento y desarrollo psicológico normal del niño, que es incapaz de eliminar voluntaria y racionalmente la causa del temor, lo que interfiere en su vida cotidiana.

La ansiedad, el estrés y las fobias pueden aparecer en cualquier edad de la vida, muy pronto, con solo meses, hasta la adolescencia, aunque en cada una de estas etapas se producen de manera diferente. Por tanto, existe un nivel de miedo y de estrés beneficioso y otro perjudicial, unos que son puntuales ante determinadas situaciones que son fácilmente controlables por el niño, y otro continuado que persiste en el tiempo, dificultando la vida normal. En conjunto, los trastornos de ansiedad comprenden los problemas psiquiátricos más frecuentes en el niño y en el adolescente, siendo tanto mayores conforme crecen, pasando de la niñez a la adolescencia. Alrededor de uno de cada tres de estos niños tiene, además, depresión, conduciendo ambas dolencias a disminución del rendimiento escolar, alteración en la relación con los compañeros y familiares y un sentimiento de inutilidad y baja autoestima.

¿Es normal el miedo?

Sí lo es, todos los animales, incluido el hombre y los niños, tienen miedo ante algunas circunstancias. Suele ser un sentimiento que tiene por objeto evitar el peligro, huir de la inseguridad.

En los niños pequeños el miedo aparece ante ruidos desconocidos, generalmente explosivos, intensos, malsonantes; también pueden sentirlo cuando entran en contacto por primera vez con objetos o personas desconocidos, sobre todo si lo hacen bruscamente y sin la compañía de las personas que les aportan seguridad, como su madre o su padre. Sienten miedo cuando les separan de sus padres, cuando pierden su autonomía, por ejemplo al acostarles en una camilla de exploración médica (especialmente en edad preescolar, de dos a cuatro años), al escuchar ruidos fuertes, extraños, explosivos o desconocidos. Los mayores de cuatro años también al quedarse solos y a oscuras en su habitación durante la noche, al entrar por primera vez en su clase o cuando tienen que hablar con extraños; algunos se quedan mudos mirando al suelo en un intento de desaparecer del escenario.

¿Cómo puedo detectar la ansiedad en mi hijo?

Aunque existen variaciones, dependiendo de la edad, en la intensidad y la causa que conduce a la ansiedad, generalmente los niños refieren o sienten síntomas físicos, tales como palpitaciones, aumento de la velocidad del pulso y de las respiraciones, palidez de piel o sudoración en las palmas de las manos. A veces existe dolor en el pecho, temblor, calambres, dolor abdominal, meteorismo, dificultad para dormir, mareos, incluso desmayos.

También manifiestan síntomas psicológicos como irritabilidad, nerviosismo y estrés. Los más pequeños pueden tener sólo berrinches prolongados o intensos que aparecen en relación con el factor desencadenante de la ansiedad, como por ejemplo el lunes por la mañana antes de asistir al colegio, dolores incapacitantes de espalda antes de la clase de educación física o llanto desconsolado cuando son conducidos a su cuarto para dormir.

Existen diferentes tipos de ansiedad y debes conocer los más frecuentes e importantes para poder detectarlos y solucionarlos. Todos los tipos de ansiedad son más frecuentes en niñas y mujeres que en los varones, excepto los trastornos obsesivos que son similares en ambos sexos.

Ansiedad por separación

Los síntomas aparecen cuando los pequeños que tienen este trastorno se separan de sus padres para ir a la escuela o al jardín de infancia, a visitar a sus abuelos o a dormir en casa de sus amigos. Son niños que se aferran a sus padres, abrazándose a sus piernas para no quedarse con personas extrañas, a veces conocidas, pero diferentes a las personas queridas. Otros se sienten tan tristes que insisten para que sus padres, al llegar la noche, les recojan de la casa de sus amigos o familiares porque se niegan a dormir fuera del hogar.

Estos niños tienen gran dificultad para volver a la guardería después del fin de semana o a la escuela después del período de vacaciones. A veces la ansiedad por la separación se acompaña de depresión y miedo a que algún miembro de la familia cercana se marche, desaparezca definitivamente o se muera.

La ansiedad por separación no es lo mismo que la fobia escolar. Los niños que manifiestan fobia escolar se sienten bien lejos de casa, pero mal en la escuela, mientras que los que padecen ansiedad por separación se sienten mal lejos de casa y, por ello, también en la escuela.

Mutismo selectivo

Consiste en la imposibilidad de hablar en determinadas situaciones sin que exista motivo de salud para ello. Son niños que en ambientes conocidos, en casa por ejemplo, hablan y se expresan con fluidez, mientras que en lugares desconocidos, en presencia de otro público o en la escuela se niegan a hablar. Generalmente miran al suelo, hojean algún libro, suelen sentarse solos en el colegio y en el recreo, por lo que a menudo son despreciados o son objeto de burlas entre sus compañeros. Aunque no siempre, con frecuencia son dolorosamente tímidos.

Fobias

Son niños o adolescentes con miedo excesivo ante situaciones precisas, miedo patológico a objetos o animales que no deberían desencadenar dicho trastorno de ansiedad. Por ejemplo estar en un lugar pequeño cerrado, temor a hablar en público, permitir que un perro se le acerque, acostarse solo en su habitación oscura, temor a ser juzgado o criticado por los demás. La fobia puede comportar miedo descontrolado a estar con otras personas, generalmente desconocidas o poco conocidas: es la fobia social que puede terminar en un aislamiento total de los compañeros de colegio, amigos, incluso familiares no cercanos. Son niños o adolescentes, más frecuentemente mujeres que varones, que se niegan a permanecer en lugares públicos, utilizar transporte colectivo, asistir a una función de teatro o cine o simplemente visitar a familiares.

Casi todos los niños manifiestan rechazo a la escuela en algún momento de su vida escolar; esto es normal y es pasajero. Pero algunos tienen una verdadera fobia que puede aparecer al inicio de la escolarización o a partir de los diez años. Esto se manifiesta porque, sin que exista enfermedad ni causa aparente, los niños comienzan con

síntomas inexplicables como dolor de cabeza o de abdomen, náuseas, vómitos, cansancio o tristeza, síntomas que obligan a realizar consultas médicas y exploraciones innecesarias y que conducen al absentismo escolar.

La fobia escolar puede aparecer sin causas desencadenantes conocidas, aunque en ocasiones existen problemas familiares relacionados con la salud, la economía o la separación de los padres. También pueden ser desencadenantes el rendimiento escolar y la relación del niño con sus compañeros de colegio, debiendo descartarse en estos casos la posibilidad de maltrato entre iguales (ver el capítulo «Nuevas formas de maltrato infantil»).

Las fobias pueden limitar intensa y gravemente la vida de quien la padece porque intentará evitar las situaciones, los objetos y a las personas que provocan este sentimiento tan negativo, lo que también le impedirá llevar una vida normalizada en el aprendizaje, la socialización y la autonomía.

Todas las fobias deben ser detectadas pronto, especialmente la social; en caso contrario aumentan, lo que hace que cada vez sea más difícil abordarlas con éxito e incluso pueden llegar a desencadenar ataques de pánico.

Ataques de pánico

Son situaciones terribles de sufrimiento, incluso con verdadera sensación de muerte, que, aunque duran poco tiempo, condicionan intensamente al que los padece porque vive permanentemente con el miedo de que en cualquier momento vuelva a presentarse otro ataque de pánico.

Su inicio generalmente es súbito, aparece bruscamente una sensación de miedo intenso acompañado de sensación de asfixia que obliga a una respiración rápida y agitada. A veces sienten lo contrario, como si no pudieran inhalar aire. También notan latidos potentes del corazón y palpitaciones, sudoración, náuseas y mareo, perdiendo el control y llegando a caerse como si fuera el final de su vida.

El primer ataque de pánico puede confundirse con una enfermedad cardíaca, incluso con infarto de miocardio, sospecha que obliga frecuentemente a consultar de urgencia.

La experiencia de ataques de pánico de los niños y adolescentes a veces es tan trágica, que hacen cualquier cosa para evitar que se repita; a menudo se secuestran en su casa, salen con temor agarrados

a sus padres y dejan incluso de acudir al colegio. Este aislamiento, llamado *agorafobia*, es un intento por evitar sufrir ataque de pánico en lugares públicos donde no pueda escapar.

Trastorno obsesivo

Las obsesiones patológicas también suceden en niños, generalmente mayores y adolescentes. Se caracterizan por acciones rituales, repetitivas y a veces compulsivas como ordenar los juguetes, contar las fichas, ir una y otra vez desde un lugar a otro sin sentido, lavarse múltiples veces las manos. También por pensamientos o imágenes desagradables que quieren apartar sin conseguirlo, situaciones que por la repetición les producen ansiedad, pérdida de tiempo (contar en secreto, repetir las mismas palabras o frases, realizar operaciones matemáticas, rezar).
Los niños con trastorno obsesivo compulsivo suelen ser despiertos y con un código moral rígido que se culpabilizan por sus actos, niños con tendencia a la perfección.

Ansiedad generalizada

Consiste en preocuparse excesivamente por cosas que, aunque el niño sabe que no tienen importancia, no puede dejar de prestarles atención, lo que le produce dolores de cabeza, irritabilidad, cansancio, tensión muscular, insomnio y malestar.

Las preocupaciones que producen este tipo de ansiedad suelen estar relacionadas con el colegio o con el deporte, por ejemplo, miedo a defraudar a sus padres, profesores o monitores, temor a que un ser querido o él mismo tengan una enfermedad grave, miedo a que sus padres no vuelvan de un viaje o del trabajo.

Con frecuencia la ansiedad generalizada coexiste con otro tipo de trastorno del comportamiento, como la ansiedad de separación, la depresión o la fobia social.

¿Qué puedo hacer para ayudar a mi hijo?

Consultar con tu pediatra cuando observes que tu hijo siente miedo excesivo o estrés continuado por cosas o ante situaciones habituales o normales en la vida. También si aparecen síntomas de ansiedad como los que has leído en las anteriores páginas.

Antes de llegar a esta situación es necesario prevenirla, haciendo que tu hijo se críe en un ambiente seguro y equilibrado donde pueda canalizar sus emociones adecuadamente. Para ello te recomiendo que:

— Le escuches; pregúntale cómo se siente y ten paciencia para que termine su relato.

— Cúbrele de manifestaciones físicas de cariño, acaríciale, abrázale, arrúllale mientras le hablas de tus sentimientos hacia él.

— Aliméntale de manera equilibrada, con muchas frutas y verduras y pocas chucherías, excepto en momentos especiales. Respétale el apetito, no le obligues a comer.

— Juega con tu hijo, busca espacios para estar con él, no utilices este tiempo para interrogarle sino para que os conozcáis mejor y para que, si lo desea, exprese o comunique sus sentimientos y sus problemas.

— Estimúlale y ayúdale a hacer ejercicio físico y deporte (ver capítulo «Ejercicio físico y deporte. ¿Necesidad o entretenimiento?»). La actividad física reduce y canaliza el estrés.

— No le obligues excesivamente con sus estudios, déjale espacio y tiempo para que esté tranquilo.

— Ayúdale a reconocer el miedo y el estrés a través de las palabras, los juegos o la escritura. Explícale de manera sencilla que tú también sentiste miedo, y que otros niños también lo sienten y la manera de superarlo.

— Evita la exposición a las situaciones predisponentes a su estrés, esta exposición debe ser gradual y consentida.

— Mejora su autoestima, consigue que la aumente haciendo que tenga pequeños éxitos.

— Elige el colegio más adecuado para su personalidad; no tiene que ser obligatoriamente el del padre, la madre o el más afamado. El colegio es como la novia o el novio, puede ser apropiado para uno pero no para otro.

— No aparques a tu hijo en la guardería ni en el colegio todo el día; la primera experiencia debe ser paulatina y corta y ha de ir acompañado por ti. Necesita conocer el nuevo ambiente, a su monitora y a otros niños, y todo ello cerca de ti.

No esperes que el estrés y la ansiedad desaparezcan con el tiempo. No dudes en consultar con profesionales que te enseñarán a utilizar

estrategias adecuadas y a veces fármacos. No hacerlo puede condicionar después, siendo adultos, trastornos del comportamiento como depresión y ansiedad.

10. Nuevas formas de maltrato infantil: bulling, niños perfectos, solitarios o hiperprotegidos

Maltratar a las personas más débiles —mujeres y niños— ha sido una constante en la historia de la humanidad. Los niños han sufrido abuso físico, sexual, abandono, desprecio y esclavitud, tanto de forma abierta (pública), como encubierta (privada). El maltrato adopta formas atroces y violentas o formas sutiles, ocultas, bajo una aparente protección, y esto ha sucedido así en todas las culturas y civilizaciones, al menos a lo largo de los últimos veinte siglos.

En los últimos años están apareciendo en las sociedades occidentales nuevas formas sutiles de maltrato: la carencia afectiva —pero con abundancia de regalos—; la fabricación de niños perfectos o genios —que no pueden desarrollar su madurez ni independencia—; la excesiva independencia —niños que viven solos, con su llave para abrir la casa familiar—; entrenamientos educativos agotadores —que impiden el juego, imprescindible para la vida y para el aprendizaje—; o el acoso escolar y el maltrato entre iguales —una nueva forma de abuso desconocido hasta ahora en su frecuencia y crueldad.

En los países en desarrollo, especialmente en el África subsahariana, los niños sufren otras formas terribles de maltrato: abandonos, secuestros, esclavitud, utilización como soldados, mutilación genital femenina, orfandad precoz por la alta mortalidad que producen las guerras y el sida son algunas de estas plagas.

En nuestro mundo, ese que llaman civilizado, existe maltrato físico, ejercido por personas aparentemente normales, pero irascibles, inmaduras, incapaces de tolerar la frustración, o dependientes del alcohol u otras drogas, características muchas veces ocultas o poco visibles en estos maltratadores. Estas formas de abuso se manifiestan en los niños en forma de hematomas, contusiones, fracturas de huesos o quemaduras, y también con signos externos de abandono, como la utilización de vestidos muy inapropiados para el clima, ropa escasa en días muy fríos o al revés, hambre, sed o suciedad extrema.

Si conocieras alguno de estos casos debes comunicarlo, tanto si lo sospechas como si tienes seguridad, a la policía o a los servicios sociales de tu barrio o localidad. Es la única forma de evitar que estos niños sufran repetidamente el maltrato, vivan en un infierno y

reproduzcan en el futuro, cuando sean adultos, este modelo agresivo y violento de conducta.

Maltrato entre iguales

Aunque el abuso físico o psicológico entre escolares ha existido desde siempre, seguramente desde que se inventó la escuela, no ha sido reconocido como problema sanitario y educativo hasta recientemente. Se denomina también *bullying* (del inglés, *bully*, que significa «matón, bravucón»).

Consiste en un comportamiento prolongado de insulto verbal, rechazo social, intimidación psicológica y/o agresividad física de unos niños hacia otros, que se convierten en víctimas. El maltrato entre iguales transcurre desde la intimidación psicológica que intenta producir daño, destrucción, contrariar o humillar al otro hasta el verdadero abuso y maltrato físico en forma de golpes y palizas, que por lo reiterado convierten a la víctima en un niño que sufre crónicamente, a veces durante años, sin encontrar la forma de escapar al maltrato. Esto no es sólo un problema escolar, también tiene repercusión sobre la salud, la autoestima y el rendimiento escolar.

Las víctimas sufren estrés crónico y ansiedad, conformándose así una personalidad insegura con riesgo de desarrollar patologías como neurosis, histeria y depresión, incluso intento de suicidio en las situaciones en que el insulto es crónico y los ataques son continuados, especialmente cuando las agresiones físicas son colectivas y repetidas, y suceden con el consentimiento de los observadores y la inactividad de los adultos responsables de la educación.

Tanto los agresores como las víctimas pueden ser de distinto sexo, raza o etnia. El *bullying* aparece en escuelas públicas y privadas y en zonas rurales o urbanas. La violencia física directa es más frecuente en los chicos y la psicológica, el acoso relacional y verbal, en las chicas. Aunque la víctima puede ser cualquier persona, sucede más frecuentemente entre los siete y los once años, y algunos rasgos pueden desencadenar el maltrato, tales como la talla alta o baja, llevar gafas, gesticular, la presencia de tics nerviosos, ser grueso o el color de la piel o del pelo.

Si observas esta forma de maltrato porque tu hijo es víctima o agresor, no lo consientas. Comunícalo a los profesores y a la dirección del colegio, y si persistiera o no te hicieran caso, haz una denuncia formal ante los servicios sociales de la comunidad o la policía. Si tu hijo es la víctima, está viviendo un verdadero infierno; pero si es el agresor o participa en los maltratos, está iniciando el camino hacia la

inadaptación social y quizá la delincuencia.

El niño perfecto

El intento de fabricar niños perfectos o genios, «niños diez», representa una nueva forma de maltrato. Son aquellos que incluso antes de ir a la escuela o durante el período escolar tienen un programa completo de estimulación y de entrenamiento que ocupa todas las horas del día, dificultando o impidiendo el desarrollo equilibrado de la personalidad y del área motora, sensitiva, creativa y social. Son niños que no tienen ocio ni tiempo libre, que no juegan y que por ello pueden desarrollar carencias afectivas, de relación y de personalidad. El juego es fundamental en la vida de los niños de cualquier edad, sirve para desarrollar la imaginación, liberar tensiones, aprender y entrenar las diferentes habilidades motoras, sensoriales y afectivas de una manera fisiológica, acorde con cada etapa de la vida.

El intento de fabricar niños perfectos procede de la falsa creencia que tienen algunos padres de que la estimulación temprana, útil como técnica terapéutica para los niños con retraso psicomotor, puede convertir a los niños normales en genios. Esta moda se inició en algunos países ricos, entre los sectores consumistas y más triunfadores y competitivos de la sociedad, y ha sido copiada por algunos padres que someten a sus hijos desde corta edad a clases de música, idiomas, informática, natación, ballet, equitación y muchas otras, que mantienen a los pequeños agotados física y psíquicamente la mayor parte de las horas diurnas. Sus jornadas, llenas de actividades escolares y extraescolares, son tan intensas como las de sus padres, que llegan a casa agotados, pero sin sentimiento de culpa, porque están fabricando futuros triunfadores. Sin embargo, estos niños sufren carencias afectivas, no desarrollan su potencial creativo ni motriz y en el futuro pueden ser dependientes, inseguros, inmaduros y tener conflictos de personalidad y trastornos del comportamiento. Más tarde pueden ser niños inadaptados socialmente, lo contrario a lo que se pretende, o niños con escasa capacidad para solucionar los problemas cotidianos por sí mismos, acostumbrados a que los adultos les resuelvan los problemas. Debes conocer esta forma inadecuada de educar a los niños para evitarla, y también para aconsejar a aquellos padres que tú consideres oportuno.

Los niños solitarios o «niños de la llave»

Se llaman «niños de la llave» a los niños o adolescentes jóvenes que cuando terminan el horario escolar, están solos, vuelven solos del colegio, y con la llave que portan abren su piso o su apartamento, meriendan, estudian, juegan, ven la televisión y a veces cenan solos, hasta que su madre, padre o ambos vuelven a casa. A veces son hijos de familias uniparentales; otras, no. El rasgo común es que los padres, generalmente por causa de la organización de sus trabajos, o por motivos sociales, acuden normalmente tarde a sus casas. Algunos de estos padres intentan compensar el escaso tiempo que dedican a sus hijos con regalos innecesarios, que nunca pueden sustituir la conversación y el cariño, la compañía materna o paterna.

Los niños que pasan la tarde solos tienen, lógicamente, un gran sentimiento de soledad, a veces incluso de abandono. Otros desarrollan conductas de rechazo familiar, manifestado en contestaciones, gestos o signos de rebeldía. Algunos de estos niños sufren depresión, inestabilidad emocional y más tarde pueden desarrollar inadaptación social, alteraciones del comportamiento alimentario o dependencia del alcohol u otras drogas. Casi todos desarrollan carencias afectivas que en sí mismas son producto de la negligencia materna o paterna. Además, no aprenden la estructura familiar, la necesidad de diálogo, respeto, ayuda ni el resto de los conceptos y hábitos que se transmiten en la convivencia rutinaria de una familia estructurada, independientemente de que tenga un solo padre o dos.

Aunque tengan suficientes excusas laborales o sociales para intentar justificar la soledad de estos niños, debes convencer a estos padres del alto costo en salud física y psicológica y del riesgo de inadaptación social y patología mental. Siempre es más rentable para el padre, la madre o ambos cambiar la actividad laboral, modificar o posponer la actividad social y, cuando ello sea absolutamente imposible, dejar al niño en actividades extraescolares y luego recogerlo y dedicarle al llegar a casa todo el tiempo disponible, jugando, conversando o realizando cualquier actividad de la casa juntos.

Además, los niños que están solos en casa tienen más riesgo de accidentes domésticos, caídas, atragantamientos, quemaduras e intoxicaciones, y ellos pueden no tener capacidad para resolver la situación ni para solicitar ayuda.

Niños hiperprotegidos

La sobreprotección constante de los hijos puede ser también una

forma de maltrato, de negligencia por exceso, porque impide el desarrollo integral y alcanzar la madurez adecuada. Los niños hiperprotegidos se caracterizan porque desde muy pequeños tienen todo lo que desean con sólo expresarlo, porque sus padres desde los primeros años de vida acceden a todos sus deseos, y luego a sus caprichos. De esta forma, los niños crecen sin conocer los límites, sin aprender el esfuerzo necesario para conseguir sus deseos. Más tarde no respetan ni las normas, ni las necesidades de los demás, cogen y se adueñan de los objetos o pertenencias del prójimo, convirtiéndose así en niños indisciplinados y desobedientes, en pequeños reyezuelos crueles que sólo tienen en cuenta sus propios caprichos y necesidades. Los padres que al principio alimentan y más tarde toleran esta situación se ven en pocos años incapaces de educar o disciplinar a sus hijos en el esfuerzo, en el trabajo. Estos niños más tarde tienen riesgo de inadaptación social, porque desconocen los límites de su libertad y de sus pertenencias y las de los demás. Además, desarrollan una personalidad débil e insegura que intentan ocultar con una actitud agresiva y autoritaria.

Los niños hiperprotegidos o excesivamente mimados no son más felices ni más independientes de adultos; son, por el contrario, más inmaduros y dependientes.

Prevenir este vicio educativo es muy fácil; tratarlo, muy difícil. Los padres, no el colegio, deben establecer los límites, lo cual es totalmente compatible con el cariño, el respeto y el afecto que debéis a vuestro hijo.

En resumen, los niños, especialmente los más pequeños, pueden sufrir malos tratos físicos y ello genera no sólo enfermedad, sino también el riesgo de que reproduzcan el modelo aprendido cuando sean adultos y en consecuencia maltraten a su vez a los más débiles, niños y mujeres. Estas formas de maltrato pueden ser las tradicionales —especialmente el abuso físico, sexual y las negligencias en el cuidado— u otras formas nuevas —como los abusos entre iguales o la hiperprotección excesiva.

Los padres debéis estar informados de estas formas de maltrato, bien para prevenirlas en vuestros propios hijos, bien para denunciarlas en los ajenos. No hacerlo es condenar a estos niños a la infelicidad, al desapego y al riesgo de fracaso escolar y social.

Problemas en huesos y columna

1. Problemas en los pies y en las piernas. «¿Tiene mi hijo algún defecto?»

Es frecuente la preocupación y las consultas por supuestos pies planos, piernas torcidas o defectos en los pies que, además de preocupar a los padres, conducen a gastar tiempo, dinero y sufrimiento.

Para andar es preciso que el sistema nervioso central, que es el que ordena mover las docenas de músculos necesarios para dar los pasos —esto es, para mover las piernas y sincronizar el tronco y los brazos —, esté maduro; el cerebro indica cómo y con qué secuencia deben contraerse los músculos que hacen estas funciones. Además, es imprescindible que los huesos, músculos, tendones y articulaciones estén sanos y preparados para hacerlo. Aunque los adultos deambulamos de una manera automática, sin pensarlo, en realidad es un proceso muy complejo que requiere una gran madurez. Sólo los humanos podemos andar continuamente erguidos.

Cuándo deben andar los niños

La mayoría de los niños sanos hacia los doce meses pueden dar pasos y andar cuando se les sujeta las manos para ofrecerles seguridad. Muchas semanas antes aprenden a ponerse de pie y a mantenerse agarrados a un objeto seguro. Después comienzan a dar pasos con sujeción; más tarde, de una manera autónoma, independiente. Hasta varios años después no andan con la seguridad y soltura de los adultos. Algunos padres preguntan si es bueno que su hijo ande descalzo, efectivamente lo es, más cuando el suelo es irregular, porque le ayuda a potenciar y fortalecer los tendones y las articulaciones del pie y de la rodilla. Algunos niños sanos, sin ninguna anomalía, tardan todavía medio año más en poder andar por sí solos.

El beneficio principal de la deambulación es que el niño pueda desplazarse de un sitio a otro; por ello, los que gatean, reptan o culean con rapidez y facilidad pueden tardar más en andar, porque se desplazan así más rápido y con menos riesgo. También pueden retrasarse los que han tenido una experiencia previa, sea conocida o no por sus padres, que los asustó, lo que los hace ser más precavidos para reiniciar este aprendizaje.

Los niños gorditos, tranquilos y los muy grandes suelen tardar más en andar que los pequeños y delgados. Éstos lo hacen con autonomía al año de edad o antes. Por tanto, si tu hijo consigue andar antes del año y medio o es capaz de desplazarse andando sólo con cogerle una mano o un dedo que le dé seguridad, no te preocupes, su desarrollo locomotor es normal.

Qué calzado utilizar

Los zapatos sirven básicamente para proteger los pies del frío, la humedad, los golpes y los accidentes. Por eso los niños que no andan, no necesitan calzado, sólo calcetines, y más tarde zapatones o babuchas de material muy blando. Cuando comienzan el gateo o a dar algunos pasos, pueden usar zapatos protectores, elaborados con piel blanda, sin punteras ni contrafuertes en la parte posterior del zapato. El calzado aconsejable, cuando andan, debe ser amplio, sobre todo por la parte anterior del pie y los dedos, fuerte por la parte posterior, por el talón, para que permita sujetarse el pie, y alto, pero por debajo de la articulación del tobillo. Puede tener un pequeño tacón, no elevado, fabricado con material transpirable, indeformable y con un antideslizante en las suelas para asegurar la sujeción y evitar resbalones y caídas. Rechaza el calzado de goma o de plástico, a pesar de que la moda impone también en los niños pequeños zapatos deportivos fabricados con material no transpirable. Los zapatos deportivos sólo son para el tiempo de deporte, no para el uso diario.

¿Tiene tu hijo los pies planos?

En el pasado, muchos niños eran diagnosticados de pies planos, porque se desconocía que el arco plantar, el que forma la bóveda del pie, no está desarrollado hasta los tres o cuatro años de vida; en consecuencia, todos los niños de menor edad tienen fisiológicamente el pie aplanado, pero no plano.

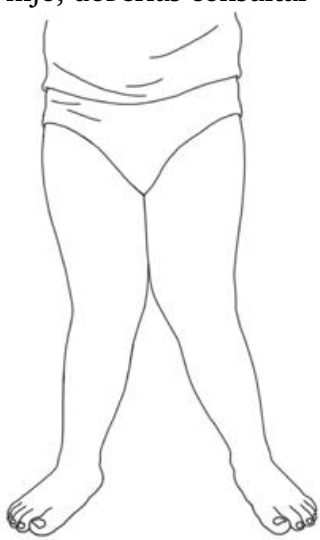
Algunas personas, los niños más, son flexibles porque sus ligamentos son más elásticos. En el pie, esta elasticidad hace que, por el peso del cuerpo, desaparezca el arco plantar, el puente, reapareciendo cuando desaparece el peso, por ejemplo, al tumbarse o al tensar la musculatura del pie al ponerse de puntillas. Además, todos los niños, especialmente los gorditos, tienen un paquete de tejido graso en la planta del pie, en el mismo lugar donde más tarde estará la bóveda, que hace parecer aún más que la planta del pie es plana. Éstos son falsos pies planos. Por esto muchos niños eran en el pasado, quizá

algunos todavía en el presente, falsamente diagnosticados de pies planos y tratados innecesariamente con plantillas o botas especiales, tratamientos inadecuados, porque en realidad sus pies son normales.

Si al poner de puntillas a tu hijo le reaparece el arco del pie, no te preocupes, sus pies no son planos, cuando tenga edad suficiente, el arco del pie estará presente continuamente.

Genu valgo: tu hijo junta las rodillas

Algunos niños juntan las rodillas, a la vez que sus tobillos permanecen separados, dando a sus piernas una imagen de *y* invertida o de *x*. Es como si el muslo y la pierna, en vez de adoptar una línea recta, hicieran un amplio ángulo con vértice en la rodilla, abierto hacia fuera. Esta pequeña alteración, llamada técnicamente *genu valgo*, suele corregirse total o parcialmente con los años, y es de origen familiar. Aunque en el pasado muchos niños con este trastorno llevaban zapatos ortopédicos, incluso férulas correctoras por la noche, en la actualidad no se tratan, excepto cuando es muy llamativo. Si éste fuera el caso de tu hijo, deberías consultar con el pediatra o el traumatólogo infantil.



Genu valgo.

Piernas arqueadas. Tibias varas

Éste es un problema muy común que se pone de manifiesto generalmente antes de que el niño ande, algunos incluso en los primeros meses de vida, antes de que se puedan poner de pie. Consiste en que la tibia —el hueso que va desde la rodilla al tobillo, el hueso de la espinilla— está arqueada. Es una variante de la normalidad, no

una enfermedad. Puedes evidenciarlo al recorrer con la punta de tu dedo este hueso, desde la rodilla al tobillo, en vez de trazar una línea recta se arquea hacia fuera.

Aunque muchas personas creen que es debido a un déficit de vitamina D3 o a que el niño se haya puesto de pie excesivamente pronto, las tibias varas afectan a niños sanos, sin deficiencia vitamínica, ni antecedentes de haberse puesto de pie prematuramente. Los lactantes se ponen de pie tan pronto como su desarrollo motor se lo permite, esto les da mayor independencia y la posibilidad de satisfacer su insaciable curiosidad.

Las tibias arqueadas generalmente no necesitan consulta, tratamiento médico ni ortopédico, porque se normalizan hacia el tercer o cuarto año de vida. Sólo cuando la deformidad es muy acusada se debería realizar una consulta con el pediatra o con el traumatólogo infantil.

Andar con los pies hacia dentro

Los niños que andan con los pies hacia dentro suelen tener el problema en las caderas, no en los pies. Sus caderas suelen estar rotadas hacia dentro, dando lugar a lo que se denomina técnicamente *anteversión de caderas*, rotación que se transmite al eje pierna-pie, adoptándose esta postura al andar. El defecto se caracteriza porque la parte anterior de los pies, la parte más próxima a los dedos, está girada hacia dentro, dando la sensación de que los dedos gordos de ambos pies se van a molestar entre sí, tropezando uno con el otro. La base de sustentación sobre la que se apoya el cuerpo disminuye respecto a los que andan con normalidad, y esto se traduce en una mayor inestabilidad, que se manifiesta por caídas más frecuentes, sobre todo al correr.

Pies hacia dentro.

Estos niños suelen tener una mayor movilidad de las caderas cuando éstas se rotan hacia dentro. Ello es debido generalmente a una

mala costumbre, que consiste en que cuando los niños se sientan, en vez de hacerlo con las rodillas hacia delante y separadas, lo hacen con los pies hacia atrás, postura que obliga a rotar las caderas excesivamente hacia dentro. Cuando un niño está sentado normal, sus rodillas están por delante de su cuerpo y la planta de sus pies se miran, están una frente a la otra, mientras que cuando se sienta mal, las rodillas quedan por detrás de su cuerpo y la planta de sus pies miran hacia atrás. Algunas veces la causa es la hiperlaxitud de la articulación de las caderas, de origen frecuentemente familiar.

Sentarse con los pies hacia atrás.

El defecto de andar hacia dentro es, sobre todo, un problema estético, se corrige o disminuye con el tiempo, también enseñando a estos niños a sentarse correctamente. Como el proceso de pasar de estar de pie a sentado es un movimiento automático en el que intervienen muchos músculos, tendones, huesos y articulaciones, debería enseñarse a estos niños a sentarse correctamente. No sólo a modificar la postura cuando están sentados inadecuadamente, sino a repetir cada día docenas de veces, hasta que se aburran, estando de pie, el proceso de sentarse correctamente, para levantarse a continuación y sentarse nuevamente. Este entrenamiento finaliza cuando el niño adquiere el hábito automático, no meditado, de

sentarse de manera adecuada.

Cuando el defecto sea muy llamativo o te preocupe, consulta a tu médico.

Andar de puntillas

A veces, algunos niños andan de puntillas, unos porque lo hacen más rápidamente, otros porque aprendieron a hacerlo estando en el taca-taca o andador, o deambulan de puntillas durante algún tiempo sin que se sepa la causa. Andar a veces de puntillas es normal, no altera la estructura del pie, ni produce deformidad, es transitorio y no precisa tratamiento.

Cuándo consultar por problemas en los pies, en las piernas o al andar

Consulta primero al pediatra que, probablemente, te tranquilizará porque no encuentre anormalidad en el motivo de la consulta o quizá te envíe a un traumatólogo u ortopeda infantil o a otro especialista. Te sugerimos que realices la consulta médica si tu hijo tiene alguno de los siguientes síntomas:

— Tarda en andar, no en correr (más tarde del año y medio). Antes, bastante tiene con mantenerse de pie y dar algunos pasos sin caerse.

— La forma de los pies, cuando está relajado (por ejemplo, cuando duerme) es deforme o los pies están rígidos.

— Sus piernas o pies adoptan al ponerle de pie, estando relajado, no enfadado, una postura rígida de puntillas, como si los pies fueran los de una bailarina de ballet clásico, postura que le impide mantenerse erguido o dar pasos para andar.

— La planta de los pies es plana y no reaparece el arco plantar, la bóveda interna del pie, al ponerse de puntillas.

— Al andar junta las rodillas y separa mucho los pies.

— Cuando duerme boca arriba, los dedos gordos de ambos pies tienden a estar juntos, mientras que los tobillos están separados.

— Si el defecto visual de los pies, las rodillas o las piernas es muy manifiesto y esto te preocupa.

— Ante cualquier duda que quieras plantear.

2. Dolor de piernas. Dolores de crecimiento

El dolor de las piernas es tan frecuente que lo padece uno de cada diez niños y niñas mayores de cuatro años de edad; también pueden presentarlo los adolescentes. Aunque se les llama *dolores de crecimiento*, nada tienen que ver con éste, ni tampoco con ninguna enfermedad. Son dolores que suelen aparecer por la tarde o por la noche, pero no por las mañanas, no producen cojera, afectan a ambas piernas, sobre todo a las pantorrillas y en menor medida a los muslos. Son dolores profundos, como del hueso, no muy intensos, que duran poco tiempo.

Como el dolor aparece y desaparece, para volver de nuevo días o semanas más tarde, preocupa a los padres, que lo consultan con el pediatra o con el traumatólogo. Sin embargo, los médicos no sabemos la causa del mal llamado *dolor de crecimiento*, conocemos que no es una enfermedad, que es una situación pasajera que no precisa análisis, radiografías, ni tratamiento. Es posible que el dolor esté relacionado, sin que se sepa con exactitud, con el excesivo ejercicio físico de los niños, con el hiperentrenamiento, porque el reposo resuelve el dolor.

Tu hijo debe saber que el dolor de crecimiento es benigno, que desaparece bien solo o con masajes de la parte dolorida o aplicando calor suave. En ocasiones, cuando es más intenso, tienes que administrarle algún analgésico, como paracetamol o ibuprofeno, además de calmarle y de tranquilizarle, porque este dolor no es preocupante. En uno de cada diez niños, el dolor de piernas es más intenso, en estos casos debes consultar con tu médico.

Cuándo consultar

Te recomendamos que consultes por el dolor de piernas en las siguientes circunstancias: — Cuando el dolor es siempre en una

pierna, no en las dos.

— Si notas inflamación o enrojecimiento en la zona que le duele.

— Si el dolor se acompaña de fiebre.

— Cuando el niño cojea, tiene dificultad o dolor al mover la articulación del tobillo, de la rodilla o de la cadera.

— Si encuentras a tu hijo decaído, pálido, sin ganas de jugar, como enfermo.

— Cuando el dolor es fijo en un punto determinado no difuso en una amplia zona, siendo el dolor repetitivo y continuo.

— El dolor le despierta repetidamente por las noches, no si siente dolor cuando se despierta por otro motivo.

— Si el dolor de piernas te preocupa y tienes preguntas que realizar.

3. Dolor de espalda

El dolor de espalda es bastante frecuente en los niños, incluso en los lactantes. Es sobre todo habitual en la edad escolar y en los adolescentes, probablemente porque éstos permanecen mucho tiempo sentados en mala postura, estudiando o delante del ordenador. En estos casos, el dolor no suele ser intenso, pero sí continuo, pesado, molesto, dura una o dos semanas y desaparece para volver semanas o meses después. Está producido por la contractura de alguno de las docenas de músculos que tiene la espalda para mantenerse fija, recta y segura. El dolor de espalda puede acompañar también a enfermedades, algunas de ellas graves, que aprenderás a reconocer en este capítulo.

Por qué les duele la espalda a los niños

Las causas del dolor de espalda son múltiples. El dolor puede ser por las pesadas mochilas llenas de libros que llevan y traen diariamente del colegio. Otras veces, por el juego, los deportes o el ejercicio físico excesivo, violento o por traumatismos en la región dorsal o lumbar, o por todo lo contrario, por el sedentarismo. Tanto la actividad física excesiva como el sedentarismo se asocian a dolores de espalda.

Aunque la mayoría de las veces este dolor es muscular o postural y no reviste gravedad, en ocasiones está producido por algunas enfermedades que debes conocer y que más adelante se detallarán.

El dolor de espalda puede deberse a enfermedad de los huesos, de las vértebras que componen la columna vertebral o de los discos que acoplan una vértebra a otra. Estas enfermedades pueden ser infecciones, tumores o malformaciones. Aunque es raro, los niños, incluso los más pequeños, pueden tener inflamados los discos intervertebrales, enfermedad llamada *discitis* o *espondilodiscitis*, que se manifiesta por la rigidez de la columna vertebral, sobre todo de la parte inferior o columna lumbar. Estos niños están rígidos, se niegan a

sentarse, a doblar la columna —por ejemplo, para coger cosas del suelo—, lloran por dolor y a veces tienen fiebre y decaimiento.

La infección del hueso —denominada *osteomielitis de las vértebras*— es muy infrecuente, pero posible; se manifiesta por fiebre prolongada y dolor e inmovilización de una parte de la columna vertebral.

Los tumores pueden producir dolores de espalda, el que más frecuentemente se acompaña de dolor vertebral es la leucemia, que cursa sobre todo con decaimiento, fiebre, palidez y hematomas sin traumatismo aparente o con mínimos golpes. Muy raramente, los culpables del dolor en la parte lumbar o sacra son tumores óseos benignos o malignos.

Qué hacer si tu hijo tiene dolor de espalda

La mayoría de las veces, el dolor de espalda no es una enfermedad, es una llamada de alerta de los músculos de la espalda, de que algo no se está haciendo bien. La mejor prevención es que tu hijo y tú realicéis ejercicios para que los músculos que mantienen derecha la espalda estén bien, sean fuertes. Para ello se precisan unos cinco o diez minutos diarios de entrenamiento, con ejercicios de espalda y abdomen. Por ejemplo, estando tumbado boca arriba, sobre una alfombra, flexionar las piernas y hacer movimientos de pedaleo; o con las piernas estiradas, elevarlas y bajarlas a treinta grados del suelo; o levantar la cabeza para dar con la mandíbula en el pecho. En todos estos movimientos, los músculos del abdomen se contraen, poniéndose duros, y también los de la espalda. Otros ejercicios de espalda consisten en ponerse como un caballo, apoyado sobre las manos y las rodillas, intentando subir la espalda como si fuera la joroba de un camello y bajarla para intentar arquear hacia abajo y hacia arriba la columna vertebral, ejercicio que tu hijo debe repetir veinte o treinta veces cada día. Existen otros muchos ejercicios para reforzar la espalda que puedes consultar con un fisioterapeuta.

Los dolores de espalda se previenen haciendo que tu hijo se siente derecho en la silla, pegando bien la espalda en el respaldo; utilizando una silla de respaldo y altura adecuados a la talla; durmiendo en un colchón duro o poniendo una tabla debajo del colchón normal; también transportando al colegio sólo el material escolar necesario, no todos los libros y cuadernos del curso.

El dolor de espalda mejora con masajes de los músculos que están a ambas partes de la columna vertebral y aplicando calor local suave.

Cuando el dolor es más intenso, puedes administrarle un analgésico, como ibuprofeno.

Cuándo consultar por el dolor de espalda

Consulta a tu médico si el dolor de espalda tiene una o más de las siguientes características:

— Es incapacitante, tu hijo se niega a moverse o al hacerlo se desencadena el dolor.

— Es persistente, aunque el dolor no sea intenso, dura más de una semana.

— Se acompaña de hormigueo, calambre o insensibilidad en las piernas.

— Cuando dice que pierde fuerzas en las piernas.

— Si tiene fiebre, decaimiento, palidez o hematomas.

— Cuando es pequeño, lactante o preescolar y se niega a sentarse o a doblar la región lumbar. El dolor le despierta por las noches, le impide, por ejemplo, coger las cosas que le interesan del suelo, y dobla las rodillas en vez de la espalda.

— El dolor es fijo, en un punto determinado de la columna.

4. Cojera

Cojera aguda

La cojera aguda es un síntoma frecuente en los niños en cualquier edad —lógicamente, en los que tienen edad para andar— y nunca es normal. La cojera no es síntoma de una enfermedad, sino que puede ser debida a múltiples causas, algunas muy banales —como tener una piedra en un zapato o una ampolla en un dedo del pie—, pero también puede responder a una infección de la articulación de la cadera, a una sinovitis, a traumatismos deportivos, a inyecciones intramusculares y, en contados casos, puede ser la manifestación de una leucemia o un tumor maligno.

La cojera puede acompañarse de dolor o ser indolora. En el primer caso, los niños con edad y capacidad para expresarse refieren sentir dolor y el lugar exacto donde lo padecen; los más pequeños se niegan a caminar o cuando lo hacen, lloran: ésta es la forma de expresar su dolor. Algunas veces, la cojera dura horas y desaparece espontáneamente; en estos casos es altamente probable que su origen sea traumático o por un exceso de ejercicio físico, propio de niños inquietos o deportistas. Otras veces, la cojera —con o sin dolor— es persistente; en estos casos es necesario consultar con el médico para conocer la causa.

En este capítulo aprenderás a conocer las principales causas de cojera aguda en los niños y a actuar con premura o no, dependiendo de tus sospechas.

Qué es la sinovitis de cadera

La sinovitis transitoria de cadera es la causa más frecuente de dolor y de cojera aguda en los niños. Es benigna, de corta duración y se cura completa y rápidamente, aunque a veces recidiva. Se caracteriza porque el niño, generalmente de cinco o seis años (aunque puede afectar a edades entre tres y diez años), tiene bruscamente cojera, dolor al movilizar una de las dos caderas, motivo por el que evita andar, manteniéndose en reposo con la cadera en flexión y rotación externa, que es como menos le duele. No existen más síntomas, el niño no tiene fiebre y se encuentra bien, come y juega con normalidad, hace su vida normal excepto andar, y cuando lo hace, deambula despacio y cojeando. Los niños tienen sinovitis transitoria de cadera con el doble de frecuencia que las niñas.

Aunque la causa es desconocida, se relaciona con las infecciones víricas porque con mucha frecuencia existe el antecedente de haber padecido un catarro respiratorio, faringitis, otitis y más rara vez gastroenteritis aguda unas semanas antes.

El diagnóstico lo realiza el médico sólo explorando la cadera del niño, no es preciso realizar radiografías. La ecografía de cadera, cuando se realiza, detecta derrame articular. El tratamiento consiste en reposo y en la administración de ibuprofeno tres veces al día, después del desayuno, de la comida y de la cena, resolviéndose el dolor y la cojera en pocos días, generalmente antes de una semana. Es muy importante que sepas que la sinovitis de cadera es transitoria, pero que con frecuencia recidiva, puede aparecer varias veces en un año o una vez pasados varios años, sin que esta evolución ensombrezca el pronóstico, que siempre es excelente.

Artritis de cadera. Una infección grave

Contrariamente a la sinovitis de cadera, la artritis de la misma articulación es una enfermedad grave que consiste en la infección, generalmente por bacterias que producen rápidamente pus y destrucción del cartílago articular, motivo por el que se necesita rápida detección y tratamiento para salvar esta importante articulación. Los microbios responsables son usualmente estafilococos y estreptococos, dos bacterias que abundan en la piel y la garganta respectivamente. Habitualmente llegan a través de la sangre a la articulación de la cadera, en donde se multiplican fácilmente, comenzando la erosión irreversible de la articulación sólo unas horas más tarde.

La artritis séptica de cadera afortunadamente es mucho menos frecuente que la sinovitis, puede afectar a niños de cualquier edad, incluso a recién nacidos. Si tu hijo es mayor, puedes sospechar esta enfermedad porque la cojera y el dolor se acompañan de fiebre, y el dolor aumenta al movilizar la cadera. Si fuera lactante o recién nacido, llora al cambiar los pañales, porque ello obliga a mover la cadera para el aseo; además, esa pierna permanece inmóvil y a veces existe fiebre, vómitos y decaimiento, la ausencia de fiebre en las primeras horas no descarta este diagnóstico.

El diagnóstico debe ser hecho con premura, por eso es muy importante tu sospecha y tu decisión de consultar. El diagnóstico se apoya en la ecografía, aunque el definitivo se realiza pinchando la articulación para extraer líquido articular, que se analiza y cultiva para identificar al microbio responsable y conocer el antibiótico más

eficaz. Estos niños deben ser operados con urgencia para limpiar la articulación y drenar el pus acumulado dentro de ella.

Displasia de cadera. Una anomalía desde el nacimiento

Conocida también como *luxación congénita de cadera*, consiste en que la cadera, una o las dos, están luxadas o subluxadas, lo que significa que la cabeza del fémur —que es el hueso largo de la pierna que va desde la rodilla hasta la cadera— no articula en su cavidad adecuadamente, está por fuera. Si esta situación persiste, el desarrollo de esta articulación y su movilidad futura serán inadecuadas y estarán limitadas. Aunque el diagnóstico se debe realizar nada más nacer, o en las primeras semanas de vida, muy pocas veces es así, descubriéndose cuando el niño comienza a andar porque lo hace cojeando o de una manera anómala.

La displasia de cadera es de causa desconocida y es seis veces más frecuente en las niñas que en los niños. Tienen más riesgo de padecer esta anomalía las niñas que nacen en posición de podálica —de culo, no de cabeza— y aquellas que tenían poco líquido amniótico.

Al nacer, el pediatra realiza rutinariamente una exploración y unos movimientos de las caderas para descartar esta anomalía. Cuando existe sospecha, el médico indicará una ecografía de cadera hacia la cuarta semana de vida y aconsejará utilizar doble pañal, al objeto de mantener las piernas permanentemente abiertas, hasta que pueda realizarse el diagnóstico definitivo. Cuando éste se realiza tarde, después de los diez o doce meses, es muy posible que precise cirugía.

Enfermedad de Osgood Slater.
Un problema en los niños deportistas

Es una enfermedad de la rodilla, no de la cadera, que se manifiesta por cojera y dolor por debajo de la articulación de la rodilla. Se debe a microtraumatismos repetidos sobre la tuberosidad de la tibia, que es la parte superior del hueso que ocupa desde el tobillo a la rodilla, justamente donde se inserta el tendón rotuliano, el encargado de mover la rodilla.

Esta enfermedad, benigna, es propia de niños adolescentes, aparece generalmente a partir de los ocho años, duele más los días de mayor actividad deportiva, disminuyendo el dolor con el reposo y con la menor actividad deportiva. El dolor desaparece definitivamente hacia los quince o dieciséis años.

Enfermedad de Perthes

Es una rara enfermedad de origen desconocido que afecta a la cabeza del fémur de los niños de entre tres y seis años. Consiste en una destrucción lenta pero progresiva que conduce al aplastamiento posterior de la cabeza del fémur, que es redondeada, como una esfera, lo que permite la movilidad de la cadera en todas las direcciones. Es más frecuente en los niños que en las niñas y se caracteriza por la aparición de cojera, con dolor al andar en la misma cadera, el muslo o la rodilla, sin fiebre. Son síntomas similares a los de la sinovitis de cadera, pero contrariamente a ésta, la cojera y el dolor persisten. El diagnóstico precisa una radiografía de cadera y, a veces, una resonancia magnética. El tratamiento es complicado y aburrido, necesita de la intervención de un traumatólogo infantil.

Tumores. Aunque raro, es posible

La cojera y el dolor de huesos pueden ser también síntomas de cáncer. En estos casos, el dolor óseo es persistente o recidivante, en el mismo punto, y la cojera es persistente. Pueden iniciarse con cojera o con dolor óseo la leucemia, el linfoma, el neuroblastoma metastático y el sarcoma de hueso. Los dolores son generalmente nocturnos, despertando del sueño, no remiten con el reposo ni en los días siguientes, como tampoco lo hace la cojera. A veces se acompaña o aparece en los siguientes días, palidez, decaimiento, hematomas o manchas rojas en la piel. Puedes aumentar esta información en el capítulo de este libro «El niño con cáncer. ¿Cuándo sospecharlo?».

Cuándo consultar de urgencia por una cojera aguda

Debes consultar de urgencia, sin demora, si tu hijo presenta cojera de aparición súbita y uno o más de los siguientes síntomas:

— Fiebre elevada.

— Dolor espontáneo o al mover la articulación de la cadera.

— Decaimiento, tristeza, no le interesa lo que le rodea.

— Vómitos repetidos y se niega a beber o comer.

— Tiene tendencia al sueño, le cuesta despertarse; se despierta, pero vuelve a dormirse inmediatamente.

— Está intensamente pálido.

— Tiene hematomas en el cuerpo, sin golpes ni traumatismos aparentes.

— Tiene en la piel petequias: manchas o puntos rojos que, al estirar la piel o al apretar con un vaso transparente, no desaparecen.

— Otras articulaciones están inflamadas y duelen al moverlas.

Accidentes y primeros auxilios

1. Picaduras de insectos

Las picaduras de insectos son frecuentes, especialmente durante los meses de primavera y verano. Aunque la mayoría de estas picaduras sólo producen una pequeña lesión local de poca importancia, a veces dan lugar a problemas graves en niños alérgicos a los venenos de los insectos. En este capítulo aprenderás el tratamiento doméstico de las picaduras de los insectos más frecuentes en nuestro medio, a prevenirlas y a identificar los síntomas precoces de alergia grave, llamada también *anafilaxia*, con el objeto de realizar el tratamiento lo antes posible.

Qué insectos producen picaduras

Los insectos que pican a los niños varían dependiendo de la zona geográfica. Algunos son comunes a todas las zonas: abejas, avispas, abejorros, mosquitos, pulgas, chinches, hormigas y garrapatas.

— Las abejas, al picar, dejan el aguijón visible, adherido a la piel. Es necesario quitarlo inmediatamente sin romperlo. La abeja que ha picado no puede volver a picar, después muere.

— Las avispas, sin embargo, pueden volver a picar, no dejan el aguijón, motivo por el cual el niño debe ser retirado del lugar donde fue atacado. Además, la picadura de la avispa amarilla libera una sustancia que atrae a otras avispas cercanas. Por tanto, si la picadura es visible, si tiene aguijón, es de abeja; si no se ve, lo más probable es que sea de avispa.

— Los mosquitos pican en las zonas de la piel no protegida por la ropa: brazos, piernas, cabeza y cuello.

— Las pulgas y las chinches pican en las zonas cubiertas de ropa. Son picaduras repetidas, porque se introducen debajo de la vestimenta del niño.

— Las arañas no pican, muerden, dejando un punto en el centro de la lesión. Suelen ser pequeñas, ya que en nuestro medio no existen las

arañas grandes venenosas de los países con selva o tropicales.

— Las garrapatas de los perros pican y se pegan a la piel, donde pueden permanecer desapercibidas durante mucho tiempo.

Qué síntomas producen las picaduras de insectos

Afortunadamente, la mayoría de estas picaduras producen sólo problemas locales leves, consistentes en hinchazón, dolor, enrojecimiento y picor en el lugar de la picadura. Algunas picaduras son muy dolorosas. El niño puede rascarse, apareciendo entonces lesiones en la piel. A veces se observa el punto de picadura por donde el insecto introdujo la saliva que actúa en los humanos como veneno. El niño produce entonces una sustancia química llamada *histamina*, que es la verdadera responsable de los síntomas. Cuando la picadura ha sido en los párpados o en los labios, se produce en poco tiempo una gran hinchazón, pero no es peligrosa.

Las mordeduras de araña, aunque sea pequeña, producen más dolor y picor que las picaduras de los insectos. Cuando un niño tiene muchas picaduras debajo de la piel o zonas de picor continuo, puede tratarse de chinches, pulgas o sarna; en este último caso, el picor es mayor durante la noche, que es cuando el ácaro de la sarna pica.

La garrapata del perro puede transmitir un microbio que produce en el niño fiebre prolongada, un *rash* o erupción roja en toda la piel y dolores musculares. Esta enfermedad se llama *fiebre botonosa del Mediterráneo*.

Algunas personas, muy pocas, son muy alérgicas a las picaduras de algunos insectos, especialmente la avispa y la abeja, y sufren, inmediatamente después de la picadura, una reacción grave que consiste en dificultad para hablar y respirar, hinchazón de los labios y de la cara, debilidad, mareo y algunas veces urticaria, que se reconoce por la aparición de manchas rojas, ronchas o habones en la piel que pican mucho. Este cuadro se llama *anafilaxia* y es tan grave que puede matar. Por ello, tienes que reconocerlo inmediatamente para realizar el tratamiento que más adelante aprenderás.

Algunos padres saben que su hijo es alérgico, pero otros no, lo averiguan cuando al niño le ha picado el insecto.

Qué hacer si tu hijo tiene anafilaxia o alergia grave

Si tu hijo es alérgico a las picaduras, debes seguir estos consejos:

— Acudir inmediatamente al hospital o al centro sanitario más cercano.

— Si ya sabes que tu hijo es alérgico a las avispas o a las abejas, debes llevar siempre un kit de tratamiento, que consiste en una jeringuilla de autoinyección cargada con adrenalina (Adreyer® niños o Epi-pen®) para ser administrada inmediatamente. Estas inyecciones vienen en un estuche de emergencia. Tu médico te indicará dónde y cómo debes usarla. Después, con tranquilidad, será necesario iniciar un programa de vacunación contra el veneno.

Cuál es el tratamiento de las picaduras de insectos

En primer lugar debes mirar si el aguijón permanece en la piel. En este caso tienes que quitarlo sin romperlo, con una pinza o una aguja estéril debes mover el aguijón hacia los lados. Después la herida se lava y si es posible se aplica un antiséptico, como el Betadine®, para evitar la infección. Para el dolor se aplica o bien hielo cubierto con un paño limpio, o bien compresas y paños fríos, tanto para las picaduras de avispas como de abejas, arañas u otros insectos. Puedes aliviar el dolor poniendo sobre la picadura una mezcla casera hecha al 50 por ciento con agua y amoníaco o una loción en forma de espray, pomada o barritas comercializadas para estos casos, que contienen amoníaco, analgésicos locales o corticoides, que puedes adquirir en la farmacia.

La garrapata tiene que ser retirada de la piel, cogiéndola con unas pinzas o con tus uñas protegidas con un pañuelo de papel. Atrapa la garrapata lo más cerca que puedas de la piel, y muévela hacia los lados, lentamente, sin brusquedad, hasta que se desprenda. Cuando se tira hacia fuera bruscamente, la garrapata se rompe, quedando la cabeza adherida a la piel. No aplastes ni tires la garrapata al suelo, ponla en el inodoro y deja que el agua la arrastre. Después, lávate las manos con agua y jabón, y aplica compresas o paños fríos sobre la picadura, esto hará disminuir el dolor y la inflamación.

Algunas veces, las picaduras se infectan, la mayoría de las veces por el rascado del propio niño. En estos casos, la inflamación y el enrojecimiento persisten más de veinticuatro horas.

Cuándo consultar al médico

Acude a la consulta de tu médico si se dan las siguientes circunstancias:

— Si la picadura se infecta. Lo reconocerás porque el dolor y la hinchazón en vez de mejorar con las horas, empeora, apareciendo mayor enrojecimiento, calor y más dolor.

— Si aparece fiebre que persiste varios días o sarpullido rojo en la piel después de la picadura de una garrapata.

— Si estás preocupada o tienes otras preguntas que hacer.

Recuerda, tienes que consultar sin demora, inmediatamente, si:

— Tu hijo es alérgico al insecto que le ha picado.

— Se produce hinchazón de los labios o la cara, mareo, dificultad para respirar, dolor de pecho o aparecen habones en la piel. También si el niño se pone pálido y sudoroso.

— La picadura es en la lengua o en la garganta.

Medidas para prevenir las picaduras de insectos

Evita vestir a tu hijo con ropa de colores fuertes, llamativos, durante los meses de riesgo, primavera y verano (en España de mayo a septiembre) porque las avispas y las abejas se sienten atraídas por estos colores. Los perfumes fuertes también atraen a estos insectos. Además:

— Si la ropa se deja en el suelo, sacúdela antes de ponérsela.

— El mejor repelente de insectos es la ropa adecuada, la que cubre brazos y piernas.

— Puedes utilizar repelente aplicado a la ropa más que a la piel del niño. En éstos puedes usar un insecticida, por ejemplo DDT al 10 por ciento. Este repelente no debe aplicarse en las manos, ya que los niños pueden frotarse los ojos o chuparse los dedos.

— Cuando se utiliza protector solar, primero se aplica éste y después de media hora el repelente, el cual no puede ponerse nunca en las zonas de piel quemada.

— Evita que los niños anden descalzos por las zonas con agua, por ejemplo piscinas, donde suelen estar las avispas.

— Los perros deben estar desparasitados de garrapatas y las mascotas llevar collares antipulgas.

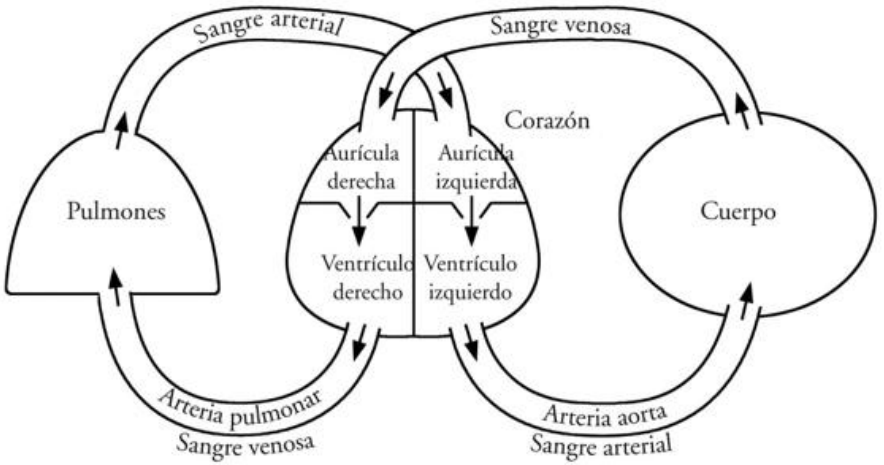
2. Cómo salvar la vida de un niño. Masaje cardíaco y respiración boca a boca

Los niños, como los adultos, pueden fallecer inesperadamente debido a que el corazón deja de latir, la respiración se interrumpe o se hace ineficaz, situaciones que se conocen con el nombre de *parada cardiorrespiratoria*. Esta desgracia puede suceder tanto en individuos sanos, que bruscamente tienen un accidente (se ahogan en una piscina o se atragantan), como en enfermos pero no tan enfermos como para esperar la muerte.

Existen medidas destinadas a revertir estas situaciones, conocidas con el nombre de *reanimación cardiopulmonar*. Son medidas sencillas y altamente eficaces, que todo el mundo debería conocer porque necesitan ser aplicadas inmediatamente, en los primeros tres o cuatro minutos del evento. En este capítulo se describe la secuencia de la reanimación cardiopulmonar básica en los niños, la que vosotros, personas no sanitarias, debéis conocer; la reanimación cardiopulmonar se compone de dos maniobras fundamentales, la respiración o ventilación boca a boca y el masaje cardíaco. Primero es conveniente un sencillo recuerdo de por qué la respiración y la circulación de la sangre son imprescindibles para la vida.

Respiración y circulación

Sistema circulatorio



Circulación sanguínea.

Se compone del corazón y los vasos sanguíneos y su principal función es aportar oxígeno y otros nutrientes a las diferentes partes del cuerpo. El oxígeno es imprescindible para la vida de los tejidos y de los órganos. Éstos mueren en ausencia del mismo, especialmente el cerebro, que tiene una sobrevida sin oxígeno de sólo cuatro minutos. El transporte de oxígeno a los tejidos se realiza a través de los glóbulos rojos contenidos en la sangre; para ello son imprescindibles tres cosas: 1) que exista sangre suficiente en los vasos; 2) un motor que impulse la corriente de sangre, que es el corazón, y 3) un sistema que aporte oxígeno a la sangre, que son los pulmones. Por tanto, para que el organismo pueda vivir es imprescindible que el sistema circulatorio y respiratorio funcionen con normalidad. La ausencia de respiración y de circulación sanguínea por parada del latido cardíaco conduce a la muerte inmediata.

El corazón impulsa dos circuitos de sangre: uno lleva la sangre al pulmón, donde se carga de oxígeno y vuelve nuevamente al corazón; desde aquí, a través de las arterias, esta sangre es impulsada con fuerza a todos los tejidos del organismo, donde deja el oxígeno y el resto de nutrientes; después, la sangre escasa en oxígeno, vuelve nuevamente al corazón a través de las venas, desde donde vuelve a ser impulsada hacia los pulmones para cargarse nuevamente de oxígeno, repitiéndose así el ciclo ininterrumpidamente.

El corazón funciona, por tanto, como dos bombas que actúan simultáneamente; una, en la parte derecha, es la encargada de impulsar la sangre venosa, la que procede de los tejidos, hacia los pulmones para oxigenarse; la otra, en la parte izquierda del corazón,

envía sangre ya oxigenada, procedente de los pulmones, hacia todos los tejidos del organismo.

La bomba del corazón impulsa sangre cada vez que se contrae; esto se percibe en forma de pulso arterial, que corresponde a la onda de presión que recorre la sangre desde que sale del corazón izquierdo hasta el pulso que palpamos. Este pulso puede contarse con un segundero en la muñeca, en la ingle o en el cuello. Cada pulso corresponde a un latido cardíaco, la frecuencia del pulso es, por tanto, la misma que la frecuencia cardíaca.

Un pulso fuerte, que se percibe con facilidad y potencia, corresponde a un latido cardíaco vigoroso; un pulso débil, que apenas se percibe al palpar la muñeca o la ingle, corresponde a un latido con fuerza insuficiente para mover la sangre adecuadamente. Para que la circulación sanguínea sea óptima se precisa, por tanto, una frecuencia cardíaca o frecuencia del pulso normal y un pulso lleno, potente y vigoroso, que indica que la presión de la sangre en los vasos arteriales, que es por donde discurre la sangre oxigenada, es adecuada.

Sistema respiratorio

Se compone de dos pulmones y de los conductos aéreos o vías respiratorias, que son la nariz, la boca, la laringe, la tráquea y los bronquios y bronquiolos. Su objetivo es transportar el aire desde el exterior a los pulmones. La principal función de la respiración es coger aire ambiental rico en oxígeno y llevarlo al pulmón, desde donde pasará a la sangre.

El aire necesita entrar y salir del pulmón cíclicamente; la entrada de aire se produce gracias al trabajo de los músculos respiratorios; cuando éstos fracasan o cuando por cualquier otra causa no se respira, el aire no entra en los pulmones y en consecuencia la sangre no se oxigena, transportando a los tejidos sangre sin oxígeno suficiente para que la vida continúe. Cuando esto sucede es absolutamente imprescindible reinstaurar la entrada de aire en los pulmones de manera artificial, bien a través de la respiración boca a boca, bien con otros procedimientos. Cuando esto no sucede así, la muerte es inevitable en pocos minutos.

A veces, el aire no puede llegar a los pulmones por obstrucción de las vías respiratorias; esto sucede, por ejemplo, en las personas inconscientes, porque la lengua cae hacia atrás, cerrando el paso del aire desde la nariz hacia la tráquea. También ocurre en los niños que se han atragantado con un cuerpo extraño —un fragmento de juguete, un fruto seco o una aceituna, por ejemplo— que se impacta en las vías

respiratorias, o cuando un vómito pasa a la vía aérea, inundándola. En estos casos es necesario sacar con urgencia el cuerpo extraño que impide el paso del aire y desobstruir el conducto; esto se consigue con unas maniobras que se describirán en el capítulo «Atragantamiento en la vía aérea por cuerpo extraño. Maniobras de desobstrucción».

En resumen, para que la vida continúe es imprescindible que el sistema circulatorio, cuyo objetivo es mover la sangre por todo el organismo, funcione adecuadamente, hecho que podemos asegurar cuando existe pulso en la ingle, muñeca o cuello. Esta sangre debe tener suficiente oxígeno para alimentar los tejidos. La respiración tiene que mantenerse, única forma de aportar oxígeno a la sangre, que más tarde será entregado a los tejidos. Sin oxígeno no se puede vivir, los diferentes órganos del cuerpo mueren, especialmente el cerebro, que soporta sólo cuatro minutos sin oxigenarse. En estas situaciones es imprescindible restaurar la respiración y la circulación sin demora, inmediatamente.

Por qué se para el corazón de los niños

En los niños, el corazón deja de funcionar habitualmente porque la respiración no aporta suficiente oxígeno a la sangre, ya sea por obstrucción aguda de la vía aérea por accidente —como es la aspiración de un cuerpo extraño (una pieza de juguete pequeña, unos frutos secos, vómito), la inhalación de humo en un incendio, ahogamiento— o por enfermedad grave —como neumonía, asma, bronquiolitis o laringitis—. También porque la respiración o la circulación de la sangre se interrumpen o están muy alteradas debido a traumatismos graves de la cabeza, meningitis, infecciones de la sangre o intoxicaciones por sedantes o medicamentos que deprimen la respiración. Más raramente, en los niños la parada cardíaca se produce por enfermedades del propio corazón.

En el primer año de vida la consecuencia más frecuente de parada cardíaca es la muerte súbita del lactante, una enfermedad cuya causa se desconoce, que afecta, sobre todo, a los niños más pequeños en los primeros seis meses de vida.

Después del año pueden producir parada cardíaca o respiratoria brusca los accidentes, especialmente los de tráfico y bicicleta, por traumatismo de cabeza fundamentalmente; accidentes deportivos y en el hogar, ahogamiento en agua e intoxicaciones; también las enfermedades mencionadas anteriormente.

Cómo detectar la parada cardíaca y respiratoria

Cuando un niño tiene parada cardiorrespiratoria está tan mal que te darás cuenta inmediatamente, porque está en coma, no responde a ningún estímulo, no contesta, no se mueve ni espontáneamente ni al tocarle, incluso haciéndole daño, no mira a ninguna parte, aunque tenga los ojos abiertos, no respira o su respiración es agónica, en boqueadas, como con «hambre» de aire; además, no tiene pulso ni en la muñeca, ni en la ingle, ni en el cuello. Si la parada cardiorrespiratoria se mantiene uno o dos minutos, aparece coloración azulado-morada de los labios y las pupilas de los ojos se dilatan.

En estos casos, con la mayor urgencia, tienes que iniciar las maniobras de reanimación, restaurar la ventilación con la respiración boca a boca y restituir la función del corazón con el masaje cardíaco. De la precocidad de estas medidas depende que el niño se recupere y que su cerebro sufra lo menos posible, evitando así secuelas neurológicas. También debes pedir ayuda al sistema de emergencias extrahospitalarias, llamando al teléfono 112.

Cómo actuar ante esta situación

Sólo tienes una alternativa, iniciar la reanimación cardiopulmonar, aplicando las medidas que a continuación se describen. Lo más importante es que tu actuación sea inmediata.

La secuencia que tienes que aplicar la realizarás paso a paso de la siguiente forma:

— Primero debes comprobar que el niño no está consciente; para ello, lo llamas y lo pellizcas. Evidentemente, si el niño responde, se mueve, habla o abre los ojos, significa que no está inconsciente, y por tanto, puede estar grave, pero no debes hacer reanimación cardiopulmonar. En este caso, llamarás al teléfono 112 y esperarás a que lleguen, mientras vigilas y tranquilizas al niño.

Si está inconsciente, directamente ponle boca arriba para iniciar la reanimación.

— Siempre harás la reanimación sobre una superficie dura, en un lugar seguro, donde no corras peligro (si es un accidente de tráfico, fuera de la calzada; si es un intoxicado por gas, fuera de la fuente de gas).

— Pide ayuda sin abandonar al niño, a las personas de tu entorno, a los que pasen por la calle, a tus vecinos... para que activen el sistema de emergencias, llamando al teléfono 112, y te ayuden a movilizar al niño, si fuera necesario. Si estás solo o no hubiera nadie para ayudar, espera a llamar al 112 después de un minuto de estar haciendo la respiración boca a boca y el masaje cardíaco.

Figura 1

Figura 2

— Abre el paso del aire por la garganta mediante la hiperextensión del cuello, como puedes ver en las figuras 1 y 2. Esto se consigue poniendo una de tus manos sobre la frente del niño y la otra debajo del mentón para levantarle, de forma que al tirar, la barbilla suba y la frente baje al presionarla, quedando el cuello ligeramente arqueado. Así se evita que la lengua caiga hacia atrás y obstruya el paso del aire. No debes realizar esta maniobra si el niño se ha caído desde la altura (un tobogán, una escalera, una ventana, un árbol...), se ha ahogado en la piscina o ha tenido un accidente de tráfico, moto o bicicleta. En estos casos puede dañarse la médula espinal y la columna vertebral, si el accidente hubiera producido fractura o luxación de las vértebras del cuello. En estas situaciones puedes desplazar la barbilla hacia arriba y hacia delante colocando tus dedos en los ángulos de la mandíbula que están debajo de las orejas, como aparece en la figura 3. Practica estos ejercicios con una muñeca grande o con tu hijo.

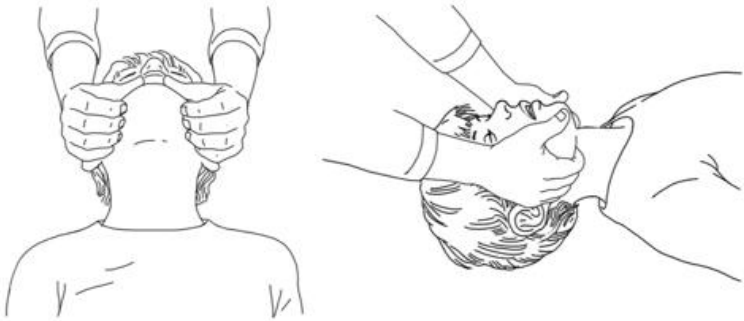


Figura 3

— Comprueba si el niño respira. A veces, sólo con abrir el paso del aire como acabas de hacer, éste entra en los pulmones y el niño podrá volver a respirar y a vivir si todavía el corazón no se había parado del todo. Notarás que respira porque mueve el pecho o el abdomen al respirar, sientes su respiración y la oyes si colocas tu oreja cerca de su boca o nariz, a la vez que le miras el pecho, como en la figura 2. Si el niño respira, ponle en la posición de seguridad, como la que aparece en las figuras 4 y 5, excepto que haya tenido un traumatismo o accidente, en cuyo caso continuará boca arriba, inmovilizándole la cabeza con tus manos, para que no pueda mover el cuello, hasta que llegue el servicio de emergencia.

Figura 4

Figura 5

— Si el niño no respira, tienes que hacer la respiración boca a boca, según aparece en las figuras 6 y 7. En los niños menores de un año tienes que insuflar aire aplicando tu boca sobre su boca y nariz; en los mayores de un año, sobre la boca del niño, tapando con tu mano su nariz, que se pinza para que el aire que soplas —como si inflaras un globo— no se escape. Debes insuflar el aire necesario para que el pecho del niño se levante, para eso debes mirar con el rabillo del ojo para comprobar que la presión y la fuerza de tu soplido es capaz de mover el tórax del niño. Haces la respiración boca a boca cinco veces seguidas, dejando un tiempo entre cada respiración para que el aire pueda salir. Si el niño no respira después espontáneamente, continúa haciendo la respiración boca a boca e inicia el masaje cardíaco. Si sospechas que tiene un cuerpo extraño que obstruye el paso del aire por la vía aérea, continúa también con el masaje cardíaco y la ventilación boca a boca, pero vigilando siempre, por si el cuerpo extraño aparece.

En el capítulo siguiente podrás leer las maniobras de desobstrucción de forma detallada.

Figura 6

Figura 7

— Comprueba si el corazón late; hay dos formas de hacerlo: una,

viendo si el niño tiene signos de vida, como movimientos, respiración o deglución; otra, palpando el pulso. Debes saber que palpar el pulso es una maniobra difícil, y se hace más difícil en los niños graves. En los niños menores de un año el pulso se toma mejor en el brazo, en la parte interna, entre el codo y el brazo (figura 8); en los de mayor edad, en la parte lateral del cuello (figura 9) o en la ingle. Ensaya a palpar el pulso en tus hijos o conocidos.

— Inicia el masaje cardíaco si compruebas la ausencia de signos vitales, el niño no tiene pulso o éste es tan lento que no produce signos de vida. Si dudas sobre si tiene pulso o no, debes iniciar el masaje cardíaco, porque hacerlo teniendo pulso no es peligroso; sin embargo, no hacerlo cuando el corazón está parado representa la muerte inmediata, segura.

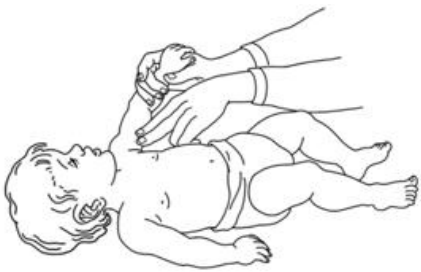


Figura 8

Figura 9

Características del masaje cardíaco

El masaje cardíaco se hace justo en la mitad del tórax, sobre el esternón, en su parte inferior, aproximadamente en el centro de una línea imaginaria entre ambas tetitas.

La fuerza que se precisa para hundir el pecho depende lógicamente del tamaño del niño; por ello, el masaje cardíaco se realiza de manera diferente según la edad; en los niños muy pequeños, recién nacidos y lactantes pequeños —que tienen un tórax muy flexible—, se practica comprimiendo rítmicamente con tus dedos corazón y anular de una mano, como en la figura 10; también puedes hacerlo abarcando con tus manos el tórax del niño, de forma que ambos pulgares compriman rítmicamente el punto elegido entre ambas tetitas, comprobando que el tórax se hunde con cada compresión (figura 11).

En los niños mayores de un año, el masaje se lleva a cabo con una o dos manos, dependiendo del tamaño del niño y de la fuerza del reanimador. Cuando utilices sólo una mano, debes apoyar sobre el tórax el talón de la mano (que es la parte más próxima a la muñeca)

para ejercer la fuerza de compresión; cuando uses las dos manos, apoya el talón de tu mano dominante sobre el tórax, poniendo la otra mano encima de la dominante.

Figura 10

Figura 11

— Mientras das el masaje, debes mantener los brazos extendidos, sin doblarlos, y utilizar tu propio peso para ejercer la fuerza de compresión, según las figuras 12 y 13. Si sólo utilizaras la fuerza de los brazos, pronto el agotamiento llegaría a tus brazos, haciendo ineficaz el masaje; ayúdate, por tanto, cargando con tu peso en cada compresión, hundiendo el tórax la tercera parte de su anchura (la distancia entre la espalda y el pecho) para que el masaje sea eficaz. No se trata de mover el pecho, sino de hundirlo.

Figura 12

Figura 13

— La frecuencia del masaje debe ser aproximadamente cien veces cada minuto; para hacerte una idea de la rapidez, esto supone casi dos compresiones por segundo.

— Tienes que alternar el masaje con la respiración boca a boca, de forma que realices treinta masajes seguidos de dos boca a boca. Para ello, debes contar mentalmente o en alto el número de compresiones en el tórax: uno, dos, tres...; al llegar a treinta, haces dos boca a boca y vuelves a contar otros treinta masajes, y así sucesivamente.

Si hubiera dos personas para hacer la reanimación, una se encarga de los masajes y otra del boca a boca, siguiendo la misma secuencia anterior, es decir, treinta compresiones por dos respiraciones; no se deben dar a la vez el boca a boca y el masaje, porque la compresión del tórax hace difícil la entrada del aire.

— El masaje cardíaco se debe interrumpir lo menos posible durante la reanimación.

— Después de un minuto, si estás solo y aún no has llamado, debes parar la reanimación y llamar rápidamente al teléfono 112.

— Si estás en un lugar público —un aeropuerto, un campo de fútbol, un centro comercial— donde pueda haber un desfibrilador semiautomático lo podrías utilizar en este momento, es decir, después de un minuto de masaje y de practicar el boca a boca, para ver si la parada cardíaca se puede tratar con un choque eléctrico. Más adelante se explica detalladamente este aspecto.

— Cada dos minutos debes comprobar la respuesta del niño, es decir, si espontáneamente respira o si tiene signos vitales o pulso. Para ello, paras el masaje y el boca a boca; la comprobación debe ser muy rápida, en cinco segundos como máximo. Si no hay signos vitales o no aparece pulso, continúa el masaje y el boca a boca. Si encuentras el pulso, pero el niño no respira, suspende el masaje cardíaco pero continúa con la respiración boca a boca hasta que llegue ayuda especializada.

— Si compruebas que el niño respira, mantenle con la vía aérea abierta, como se ha explicado antes, vigilándole muy de cerca. Insiste en llamar al 112; mientras esperas, mantén la calma y continúa reanimando, estás salvando la vida de un niño; ya casi lo has conseguido.

Si te decidiste con valentía a ayudar a un niño moribundo, enhorabuena porque lo intentaste, cualquiera que haya sido el resultado, la supervivencia o el fallecimiento. Este buen sentimiento te acompañará, probablemente, toda tu vida.

Uso de un desfibrilador semiautomático

Como ya se ha explicado, el corazón de los adultos se suele parar bruscamente debido a enfermedades del propio corazón, como es el infarto agudo de miocardio; en estos casos, la persona que está andando, haciendo deporte o descansando, bruscamente se cae al suelo y pierde la conciencia. En el infarto, una parte del músculo del corazón se queda sin riego sanguíneo porque están obstruidas las arterias que llevan la sangre a ese lugar. La falta de sangre hace que esa zona del corazón se muera (técnicamente se conoce como infarto). En esta zona muerta se originan arritmias muy graves que no dejan que el corazón funcione rítmicamente, como una bomba impulsora, sino que se mueve tan débil y descontrolado que es como si estuviera parado. Esta arritmia, llamada fibrilación ventricular, es mortal si no se resuelve rápidamente con una descarga eléctrica de alto voltaje, llamada *desfibrilación* o *choque eléctrico*, que se administra con un aparato llamado *desfibrilador*.

Existe un tipo de desfibrilador, denominado *desfibrilador semiautomático (DESA)*, diseñado para ser usado por personas no sanitarias, como tú, porque es de fácil manejo si se siguen sus instrucciones. Consta del desfibrilador, que es como una caja de zapatos, de dos pegatinas, que se adhieren al tórax del paciente, y de unos cables que conectan las pegatinas con el desfibrilador. Cuando se enciende, el DESA, mediante mensajes de voz grabada, va dando las instrucciones que hay que seguir, tales como «Coloque el cable de electrodos en el amarillo...», «Coloque los electrodos en el pecho del paciente...», «Analizando el ritmo...», «Cargando...», «Se puede dar una descarga...», «Dé una descarga...». Cuando se colocan las pegatinas a un paciente, el aparato analiza automáticamente su ritmo cardíaco y decide si ese ritmo se puede beneficiar o no del choque eléctrico; si es así, el aparato se carga automáticamente y ordena apretar el botón de descarga. El reanimador es el que da la descarga, si así lo desea.

Los desfibriladores semiautomáticos están ubicados en lugares estratégicos (aeropuertos, estadios deportivos...) para que la persona que presencie la parada cardíaca los utilice cuanto antes, pues con su uso será más fácil revertir la arritmia.

Papel del desfibrilador semiautomático en los niños

Como ya se ha apuntado, a los niños generalmente se les para el corazón por falta de oxígeno debido a un problema respiratorio. En estos casos no es útil el desfibrilador. Sin embargo, a veces, la parada cardíaca puede ser debida a enfermedades del corazón, como puede suceder con niños que han nacido con una malformación en el corazón que los padres conocen o, también, en adolescentes que tienen una lesión, pero que no se conoce y que se les manifiesta, por ejemplo, haciendo deporte. Se debe sospechar que el problema está en el corazón cuando el niño, estando previamente bien, se cae bruscamente al suelo, pierde la conciencia y deja de respirar, como sucede con los adultos. En estos casos, si está disponible, se puede usar el desfibrilador semiautomático y desfibrilar si el aparato lo recomienda.

3. Atragantamiento en la vía aérea por cuerpo extraño. Maniobras de desobstrucción

La obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño o atragantamiento se produce por la entrada de un objeto sólido, como un trozo de comida (salchicha, aceituna, cereza, frutos secos...), juguetes pequeños o globos, que impide la entrada y salida del aire, lo que conlleva asfixia. Si no se resuelve el problema muy rápidamente, el paciente puede fallecer; es preciso pedir ayuda y actuar de inmediato. El signo universal del atragantamiento es que la víctima se lleva las manos al cuello y comienza a toser para intentar expulsar el cuerpo extraño; si la tos consigue expulsarlo, el paciente vuelve a la normalidad; si no consigue desobstruir la vía aérea, el niño tendrá los labios morados —llamado técnicamente *cianosis*—; si la situación persiste, perderá el conocimiento y desarrollará parada respiratoria y cardíaca cuando la obstrucción sea completa.

La tos puede movilizar el cuerpo extraño y desobstruir parcialmente la vía aérea, lo suficiente para permitir la entrada de aire; en este caso, dependiendo del grado de obstrucción, el niño presentará más o menos dificultad para respirar. Esto mismo sucederá si el objeto es pequeño y pasa la tráquea, quedándose alojado en un bronquio de uno de los dos pulmones.

Las maniobras de desobstrucción se emplean en la obstrucción completa y varían según la tos sea o no efectiva, la edad del niño y si la persona está consciente o inconsciente.

Éstas son todas las situaciones posibles...

Individuo con tos efectiva

El afectado está alerta y reactivo, puede hablar, vocalizar y respirar. Si el niño es pequeño, se debe incorporar; si es mayor, se debe respetar la posición que él adopte. Anímale a toser («¡Tose, tose!»), ya que es el mejor mecanismo para expulsar el cuerpo extraño. Vigila atentamente si se resuelve la situación, o por el contrario empeora, te darás cuenta porque la tos se vuelve ineficaz o el niño pierde el conocimiento.

Niño consciente con tos no efectiva

En este caso, la tos y el llanto son débiles o ausentes; el afectado no puede ni hablar ni respirar bien, tiene los labios y la cara morados. Debes:

— Examinar la boca y eliminar manualmente cualquier cuerpo extraño visible y que sea accesible. No se debe intentar hacerlo a ciegas, porque se corre el riesgo de introducirlo más. La técnica de extracción manual es la maniobra del gancho: desplazando un dedo por el lateral de la boca, dentro se curva el dedo en forma de gancho, que sale arrastrando el cuerpo extraño.

— Hacer maniobras de desobstrucción, que se realizan de manera diferente en lactantes y en niños.

En lactantes, durante los primeros dos años de vida:

— Da cinco golpes fuertes en la espalda, estando el lactante boca abajo, con la cabeza más baja que el cuerpo. Para ello, apoya el cuerpo del niño sobre tu antebrazo, que a su vez apoyarás sobre tu muslo; con una mano sujeta el mentón e intenta abrirle la boca. Con el talón de la otra mano da cinco golpes fuertes en la espalda.

— Después, tienes que hacer cinco compresiones torácicas. Para ello, da la vuelta al niño para colocarle boca arriba, manteniendo la

cabeza más baja que el cuerpo; le harás cinco compresiones con dos dedos, como el masaje cardíaco, pero más fuertes y lentas, dirigidas hacia la boca, con intención de expulsar el objeto. No le debes comprimir el abdomen por el alto riesgo de lesión visceral.

— A continuación, tienes que reevaluar el estado del niño, cómo es su nivel de conciencia, la respiración y la tos, y examinar su boca en busca del cuerpo extraño. Repite los golpes y las compresiones de la espalda y del tórax si la vía aérea sigue obstruida, el bebé sigue inconsciente y la tos no es efectiva. Así sucesivamente hasta que el niño expulse el cuerpo extraño y tú recibas ayuda.

En niños, las maniobras de desobstrucción siguen estos pasos:

— Dale cinco golpes fuertes en la espalda. Si el niño está de pie o sentado, inclinado hacia adelante, dale cinco fuertes golpes en la espalda, entre ambas escápulas u omóplatos.

— Si no expulsa el cuerpo extraño, continúa con cinco fuertes compresiones en el abdomen. Para ello, ponte detrás del niño, abrazándole por debajo de las axilas, coloca tu mano dominante en forma de puño, con el pulgar incluido sobre la boca del estómago, con la otra mano agarra este puño, ejerce una brusca y fuerte presión, dirigida hacia dentro y arriba. Estas compresiones aumentan bruscamente la presión dentro del abdomen, que la transmite al tórax, imitando un golpe de tos. Esta última maniobra se conoce como *maniobra de Heimlich*.

— Después, reevalúa el estado del niño, la conciencia, la respiración, la tos; examina su boca en busca del cuerpo extraño. Si la vía aérea sigue obstruida, el niño está consciente o la tos no es efectiva, repite los golpes y las compresiones.

Persona inconsciente

Actúa como si el niño o el lactante estuvieran en parada cardiorrespiratoria.

Primero pide ayuda.

Después, abre la vía aérea, examina la boca y extrae el objeto que obstruye, si es visible y accesible. Comprueba si respira. Si no respira:

— Haz cinco respiraciones boca a boca; si el tórax se expande, significa que la obstrucción no es completa, debes entonces valorar los signos de vida y dar masaje cardíaco si lo precisa.

— Si con la respiración boca a boca no levanta el tórax, debes continuar con masaje cardíaco y boca a boca. Recuerda, quince compresiones o masajes y dos respiraciones boca a boca. El masaje cardíaco ayudará a expulsar el cuerpo extraño.

— Al minuto, activa el sistema de emergencia de estas maniobras, llama al teléfono 112.

— Cada dos minutos examina la boca y extrae el cuerpo extraño, lógicamente si éste es visible y accesible.

— Comprueba la respiración espontánea y los signos de vida, el pulso, la respiración y el nivel de conciencia.

4. Accidentes en el hogar. Cómo evitarlos

Los niños, especialmente los más pequeños, sufren accidentes generalmente de poca importancia, aunque en ocasiones pueden ser graves. Casi la mitad de todos los accidentes que tienen los niños a lo largo de su infancia ocurren en sus casas. El hogar, que es el lugar más seguro para los niños, paradójicamente es también donde más accidentes tienen los menores de seis años, posiblemente porque muchos carecen de medidas de seguridad suficientes para evitarlos o sus padres desconocen cómo prevenirlos.

En este capítulo se describen los accidentes domésticos más frecuentes e importantes, la manera de prevenirlos y el tratamiento que puedes hacer en tu domicilio cuando ya se ha producido.

Dónde y por qué se producen los accidentes domésticos

Los accidentes pueden producirse en cualquier parte de la casa, especialmente en la cocina y en el baño, sobre todo durante la tarde. Están más expuestos a sufrir accidentes los niños de dos a tres años, aunque a cualquier edad, incluso los lactantes pequeños, pueden herirse, cayéndose de la silla, del cambiador o de la trona desde donde se alimentan.

Cuando los niños comienzan a andar, lo hacen de manera muy inestable, tropezando y cayéndose con frecuencia. Estas caídas pueden lesionar las zonas de choque o impacto (es decir, las espinillas, los antebrazos, la barbilla, la boca, la frente y la nariz). El golpe en la boca puede arrancar o mover los dientes incisivos centrales, sobre todo los superiores, que semanas después adquieren un color oscuro (ver figura 6 al final del libro). Con el golpe, el niño puede morderse los labios, haciéndose una herida, un hematoma o romperse el frenillo superior, situaciones que se manifiestan con dolor y sangrado en la

boca; estos síntomas son muy alarmantes, pero generalmente poco importantes. En los primeros seis años de vida, los accidentes domésticos más frecuentes son las caídas desde su propia altura o desde otras mayores (por ejemplo, el sofá, la silla, la escalera, la mesa...). A veces también sufren heridas y quemaduras.

Los escolares entre los seis y los doce años pueden accidentarse en el hogar, pero también en el colegio, sobre todo en el patio, durante el recreo, y practicando deportes, así como durante el transporte escolar. Los de mayor edad, los adolescentes, sufren sobre todo caídas y accidentes de tráfico.

Los niños están algo más expuestos que las niñas a tener accidentes en sus casas, posiblemente porque son más inquietos y tienen mayor movilidad en el hogar.

Aunque en todos los hogares pueden producirse accidentes domésticos, están más expuestos aquellos situados en el medio rural, así como en los domicilios donde viven niños con minusvalías físicas o mentales, hiperactividad o con inmadurez afectiva. También aumenta el riesgo cuando los padres son mayores, tienen bajo nivel cultural, económico o una problemática social por desempleo, divorcio o familia numerosa.

Qué tipo de accidentes se producen en el hogar

Los más frecuentes son los traumatismos, las caídas, los golpes y las heridas, que representan casi tres de cada cuatro accidentes domésticos. Las caídas son características de los niños que están aprendiendo a andar y suelen ser leves, también suceden en niños mayores como consecuencia de juegos o resbalones, sobre todo cuando las casas tienen suelos resbaladizos, alfombras sin fijar al suelo o los niños pequeños usan andadores.

Las caídas desde altura se producen en niños mayores de uno o dos años que consiguen subirse a las ventanas o escaleras no protegidas. La precipitación por caída desde altura es grave, porque produce traumatismo en la cabeza con consecuencias muy indeseables, incluso la muerte.

Las heridas que se producen en el hogar no suelen ser graves, se localizan sobre todo en la cabeza, la cara y las manos y se producen por la utilización indebida de objetos cortantes o afilados, como cuchillos, tijeras, agujas, cristales rotos o herramientas de bricolaje.

Los golpes producen contusiones que se manifiestan por dolor,

hematoma, inflamación de la zona y a veces dificultad para movilizar la parte golpeada. Cuando el traumatismo es intenso puede producirse fractura de hueso, siendo los huesos de los brazos, en los niños mayores de seis años, los más frecuentemente fracturados.

Las lesiones producidas por electricidad son poco frecuentes, pero pueden ser muy graves. En los niños pequeños se producen por la introducción de objetos metálicos en el enchufe de corriente o por chupar cables alargadores conectados. En los de mayor edad, por tocar cables o alargadores, o al desenchufar de la toma de corriente un objeto eléctrico. Las lesiones por electricidad pueden producir quemaduras o graves lesiones de los músculos y zonas por donde pasa la electricidad y a veces la muerte por arritmias del corazón.

En el hogar se producen intoxicaciones por medicamentos, productos de jardinería y de limpieza. Los niños que más se intoxican tienen entre uno y cuatro años y lo hacen para conocer a qué saben esos comprimidos que sus padres o abuelos toman frecuentemente o para explorar sustancias desconocidas para ellos.

Qué hacer para evitar los accidentes en casa

Puedes proteger a tu hijo aplicando las siguientes medidas de seguridad, que han demostrado mucha eficacia para prevenir traumatismos, quemaduras, intoxicaciones, aspiración o ingestión de cuerpos extraños, lesión por electricidad y ahogamiento en la bañera o en la piscina de tu casa.

Traumatismos

— No dejes a tu hijo pequeño en sillas, sobre mesas o superficies altas.

— Cambia los pañales en un área segura, donde el niño no se pueda caer rodando.

— Protege las ventanas y balcones con rejas y puertas de seguridad.

— Usa protectores en las cunas. Cuida que la cabeza de tu hijo no quepa entre los barrotes.

— Evita las superficies resbaladizas.

— Utiliza alfombras o pegatinas antideslizantes en la bañera.

— No uses andadores, son peligrosos por su inestabilidad y dan al niño una movilidad, habilidad y velocidad desproporcionadas.

— Cubre los bordes agudos y cantos de los muebles con los que el

niño pueda chocar.

— Enseña a los niños a no jugar con cuchillos ni objetos cortantes. Deja éstos fuera de su alcance.

Quemaduras

— Aleja a tu hijo de la cocina y de la zona de plancha.

— No dejes sobresalir los mangos de sartenes y cazuelas del mueble de cocina.

— Sitúa los objetos calientes o con llama viva fuera del alcance de tu hijo.

— Las estufas y radiadores deben estar protegidos. No permitas que tu hijo se acerque a la chimenea.

— No circules por la casa con líquidos calientes. No tomes líquidos calientes, como café o té, con tu hijo en brazos.

— No uses manteles, porque tu hijo puede tirar de ellos y se pueden derramar los líquidos calientes que haya encima.

— La temperatura del baño debe estar a menos de 38 ºC.

Intoxicaciones

— Guarda todo medicamento, producto tóxico, veneno o productos para la limpieza doméstica fuera del alcance de tu hijo.

— No almacenes conjuntamente distintos tipos de productos, y en ningún caso alimentos con productos tóxicos.

— No permanezcáis en habitaciones recién pintadas o barnizadas hasta que desaparezca el olor del disolvente. Tampoco en habitaciones tratadas con insecticida hasta transcurrido un tiempo prudencial.

Aspiración/ingestión de cuerpo extraño

— No des a tu hijo juguetes pequeños ni cuerpos extraños pequeños.

— No le des frutos secos antes de los cinco años.

— No dejes que tu hijo coma cuando esté jugando activamente.

— No pongas ninguna bolsa de plástico al alcance de tu hijo.

Lesiones por electricidad

— No enchufes aparatos que se hayan mojado. Evita que lo haga tu hijo.

— No uses ni toques aparatos eléctricos estando descalzo, ni dejes que tu hijo lo haga.

— Desenchufa los electrodomésticos mientras tu hijo se baña.

— No permitas que tu hijo manipule cables ni enchufes.

— Coloca enchufes de seguridad en las tomas de corriente.

— Ante cualquier reparación o manipulación de la instalación eléctrica desconecta el interruptor general.

Ahogamiento

— No dejes al niño solo en la bañera.

— Nunca dejes que los niños se bañen en una piscina sin supervisión de un adulto. Las piscinas deberían tener una valla alta rodeándolas, para impedir el acceso del niño cuando no haya un adulto vigilando.

Qué hacer si el accidente ya se ha producido

Cuando las medidas de prevención que has incorporado en tu casa no han sido tan efectivas para impedir un accidente, debes asumirlo enfrentándote a él con la mayor tranquilidad posible. Tu tranquilidad ayuda mucho a tu hijo; si te descontrolas, tu hijo lo hará también y percibirá mayor peligro, mayor inseguridad y dolor del que quizá el accidente le produce.

Heridas

Limpia la herida con agua y jabón. Si sangra, comprime con un trapo limpio durante unos ocho minutos. Después, aplica un antiséptico, como povidona yodada (Betadine®) o clorhexidina al 2% (Bohclorm®, Cristalmina®), y pon un apósito o vendaje para protegerla.

La herida que continúa sangrando después de unos minutos de compresión sobre ella quizá necesite algún punto de sutura; también la de bordes irregulares, feos o grandes.

Si la herida está en la cara o en alguna zona visible y te parece que puede quedar después algún defecto estético, debería ser evaluada por un médico, porque a lo mejor necesita puntos de sutura.

Cuando los bordes de la herida son pequeños y limpios, después de curarlos, aplica unas tiras de tela o esparadrapo estériles, que puedes adquirir en las farmacias con el nombre de Steri-strip®. Son puntos de aproximación, sin sutura.

No necesitas aplicar ninguna profilaxis antitetánica si las vacunas están adecuadamente administradas, porque el calendario vacunal incluye varias dosis de antitetánica, las suficientes para que no padezca tétanos. La vacuna contra el tétano se pone rutinariamente a los dos, cuatro, seis y dieciocho meses, a los cuatro o seis años y a los catorce.

El sangrado por la boca o labio sólo precisa del reconocimiento visual de la boca para localizar el origen del sangrado. Cuando el frenillo superior ha sido seccionado, total o parcialmente, no necesita ninguna sutura, tratamiento, ni cura. Si persiste el sangrado es necesario comprimir durante unos minutos el labio superior a la altura del bigote para sofocar la hemorragia.

Si los dientes están desplazados o hundidos, consulta sin prisa a tu pediatra o al odontólogo infantil. Únicamente cuando el diente ha sido arrancado, desimplantado, deberías lavarlo, envolverlo en una gasa estéril o paño limpio y consultar de urgencia, ya que es probable que pueda ser reimplantado (puedes leer más en el capítulo «Dentición. Mitos y realidades»).

Contusiones

Aplica frío local, no directamente sobre la piel, en el lugar del golpe. Esto disminuye la inflamación y el dolor, pero sólo cuando se aplica inmediatamente tras el golpe o poco después.

Si en las siguientes horas le duele, adminístrale ibuprofeno por boca —disminuye el dolor y la inflamación—. Recuerda que la dosis se calcula por el peso, no por la edad; consulta a tu médico la dosis necesaria.

Quemaduras

— Retira la ropa quemada.

— Enfría esta zona con agua corriente fría.

— Después, lávala con agua y jabón.

— No apliques ninguna crema. Si la quemadura es profunda, cúbrela con una gasa grasa o con una pomada de antiséptico llamado Furacin®; después, pon encima una gasa o apósito normal.

— Si le duele, adminístrale un analgésico (paracetamol o ibuprofeno).

— Consulta a tu médico o a un centro sanitario.

— Las quemaduras en la cara, el cuello, las manos o los genitales precisan ser evaluadas siempre por un médico.

5. Accidentes de circulación. Sistemas de retención y protección

Los accidentes de circulación, ya sea como pasajero o como peatón, son una de las principales causas de muerte y lesión de los niños que viven en los países desarrollados, debido fundamentalmente a traumatismos de la cabeza y a rotura de las vísceras abdominales. En los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, las infecciones y la malnutrición matan también a muchos niños. Casi la mitad de los niños entre uno y catorce años que mueren actualmente en Europa lo hacen por accidentes, siendo los accidentes de tráfico los responsables de la mayoría de ellas.

La cabeza de los niños es proporcionalmente más grande respecto a su cuerpo que la de los adultos —por ejemplo, la cabeza de un niño de cinco años pesa casi el 90 por ciento que la de un adulto—, mientras que su cuerpo es mucho más pequeño. En consecuencia, en cualquier accidente en el que el niño sea despedido o desplazado violentamente, la cabeza es la que llega antes, la que impacta, porque es la que más pesa. Además, la cabeza de los niños, sobre todo la de los menores de cuatro años, está más desprotegida de los impactos y su cerebro es más vulnerable, como también sucede con las vísceras sólidas del abdomen, especialmente el hígado y el bazo. Por ello, estas vísceras son las que al golpearse pueden romperse, produciéndose así una grave hemorragia interna.

Por qué son tan frecuentes las lesiones por accidentes de tráfico

Son tan frecuentes y graves básicamente por falta de educación viaria de los adultos y también de los niños. En los primeros tres o cuatro años de vida, muchos accidentes son por atropello, unas veces porque

los niños cruzan las calles por lugares inapropiados, otras porque se sueltan del adulto que los acompaña, corriendo hacia algún lugar que les interesa. Por eso es conveniente que desde muy pronto enseñes a tu hijo educación vial, a utilizar los pasos de peatones y a respetar los semáforos, llévale de paseo por el lado más alejado de la calzada y aprovecha estos paseos para enseñarle los peligros de los cruces, la salida de los talleres y garajes...

También son frecuentes los accidentes cuando se circula en triciclos y más tarde en bicicletas, patines, tablas y motos sin casco ni sistemas de protección. El casco absorbe la energía del impacto del golpe; cuando no existe casco, se rompe el cráneo, sangrando en su interior. Múltiples estudios han demostrado que los niños que sufren accidentes de bicicleta o moto, portando cascos tienen muchos menos traumatismos en la cabeza, menos hemorragias y fracturas de cráneo, reduciéndose la mortalidad, que los que no portaban casco protector.

Los accidentes de circulación lesionan y matan tanto porque no se utilizan sillas de seguridad o sistemas de retención apropiados. Generalmente, la utilización de estos sistemas de retención separa a los supervivientes de los muertos. Se estima que podría evitarse el 90 por ciento de las lesiones y tres de cada cuatro muertes si los niños circulasen en los coches con sistemas adecuados de retención.

Cómo circular en coche con tu hijo

Aunque la distancia que vayas a recorrer sea corta o a velocidad lenta, es imprescindible que utilices en el coche, con tu hijo, el sistema de retención adecuado para su peso y talla, que colocarás antes de arrancar el auto. Nunca permitas que tu hijo, sea pequeño o grande, circule sin estar retenido al sistema de protección adecuado a su edad; aunque llore o proteste, nunca le sueltes de su silla ni consientas que él desactive los cinturones de seguridad.

Nunca permitas que tu hijo pequeño, recién nacido o lactante, circule dentro de un vehículo en tus brazos o en los de cualquier otra persona —aunque el recorrido sea pequeño—, porque una colisión, incluso pequeña, impide su protección al abrir el adulto los brazos, soltando involuntariamente al niño.

Si tu hijo tiene menos de doce años, o menos de 1,35 metros de altura, tiene que utilizar un sistema de retención adecuado a su talla y a su peso: los cinturones de seguridad del coche no le protegen adecuadamente, porque ante un impacto, el cinturón puede lesionarle

el cuello al desplazarse hacia debajo. Si su talla es mayor de 1,50 metros puede utilizar los cinturones de seguridad para adultos. Entre 1,35 y 1,50 metros de altura podrá utilizar indistintamente éstos o un sistema homologado adaptado a su talla y a su peso.

Te recomendamos que pongas a tu hijo siempre en el asiento trasero, si vais solos, mejor en la plaza central o en la derecha para que pueda verte, así estará más tranquilo y tú también. El asiento de seguridad tiene que quedar fuertemente sujeto al asiento del vehículo y debe ser adecuado a la edad y la talla, de forma que la cabeza quede protegida lateralmente y por detrás. En líneas posteriores te indicaremos cuál es el sistema —cuco, silla o cinturón— adecuado al tamaño de tu hijo.

Antes de circular, retira los objetos pesados o cortantes del interior del coche —por ejemplo, libros, botellas, estuches...—, porque en caso de colisión, éstos salen despedidos como proyectiles muy peligrosos.

El asiento delantero se puede utilizar sólo si tu hijo tiene menos de tres años, está sentado en sentido contrario a la marcha del vehículo (o sea, hacia atrás), dispones de un asiento homologado y el sistema airbag frontal está desactivado.

Tu hijo también puede utilizar el asiento delantero si su talla es mayor de 1,35 metros, lógicamente utilizando el cinturón de seguridad del vehículo. Los asientos traseros son siempre más seguros.

Enséñale a bajarse del coche siempre por la puerta cercana a la acera y cuando tú le autorices a hacerlo.

En los trayectos largos párate cada dos horas, para que tu hijo y tú podáis estirar las piernas. En estos trayectos lleva agua, juguetes y música apropiada a la edad de tu hijo. Te sugerimos que leas el capítulo de este libro «Las vacaciones y los hijos. Vacaciones familiares, vacaciones escolares».

Qué silla utilizar

Hazte con una silla adecuada, homologada para este cometido, son las que cumplen las normas exigidas de seguridad. En la parte posterior de la silla encontrarás una etiqueta de homologación. Localiza en tu coche el sistema de anclaje, el lugar en donde la silla quede sujeta al coche mediante un sistema llamado *Isoflix*. También existen sillas que se sujetan al vehículo con el cinturón de seguridad. Antes de instalar estas sillas debes leer detenidamente las instrucciones del fabricante.

Puedes pedir prestada la silla, siempre que esté en buen estado, o comprarla. Existen cinco tipos diferentes de sillas válidas para diferentes pesos y tallas, que se conocen en el mercado como asientos del grupo 0, grupo 0+, grupo I, II y III.

Además, sigue estas recomendaciones:

— Los recién nacidos y lactantes hasta los diez kilos de peso, menos de 76 cm de talla (aproximadamente hasta los nueve meses de edad), deben utilizar sillas del grupo 0, que se colocan sobre los asientos traseros de forma transversal. También pueden emplearse los cucos, en posición transversal, aunque son menos seguros que las sillas. En aquellos, la cabeza del niño debe estar orientada hacia el interior del coche para protegerlo mejor en caso de colisión lateral.

— Los lactantes pueden utilizar hasta los trece kilos de peso (aproximadamente los dieciocho meses de edad, incluso desde muy pequeños) sillas del grupo 0 y 0+. Éstos se pueden colocar en los asientos traseros, o en el de delante, el del copiloto, siempre que estén en sentido contrario a la marcha del vehículo y el sistema de airbag frontal de este asiento esté desactivado. Es mejor colocarlo en el asiento trasero cuando vayan más ocupantes y en el delantero únicamente cuando circulen sólo el conductor y el niño.

— De los nueve a los dieciocho kilos de peso, 92 a 108 cm de talla, que corresponde aproximadamente desde los nueve meses hasta los cuatro años de edad, deben utilizar una silla o asiento del grupo I. Se colocará en los asientos traseros, en el sentido de la marcha del vehículo, o en el asiento delantero en sentido contrario, siempre que el airbag esté desactivado.

— Desde los quince a los veinticinco kilos, de 98 a 123 cm de talla (aproximadamente entre los tres y doce años), se utilizan sillas del grupo II, preferiblemente en el asiento trasero o en el delantero, sólo en el sentido de la marcha del vehículo. Si circulan sólo el conductor y el niño, es preferible colocar la silla en el asiento central trasero (siempre que exista cinturón de tres puntos) o en el derecho, para que ambos puedan contactar visualmente.

— De los veintidós a los treinta y seis kilos de peso, 115 a 150 cm de talla (aproximadamente de seis a doce años), deben usarse sillas del grupo II o III, colocadas en el asiento trasero o delantero siempre en el mismo sentido de la marcha del vehículo. Recuerda que, como norma general, debes utilizar elevadores con respaldo que protegen mejor al niño (siempre que se adapten a su tamaño) y facilitan que el cinturón de seguridad vaya bien colocado sobre su cuerpo.

— Ajusta el reposacabezas de la silla al tamaño de tu hijo; conforme va creciendo, su cabeza sobresale de la silla,

desprotegiéndola ante una posible colisión.

— A partir de 1,35 metros de altura puedes emplear algún cojín para elevar el asiento, con el fin de que tu hijo pueda utilizar los cinturones de seguridad de los adultos, y a partir de un 1,50 de talla ya puede usar el cinturón estándar sin sillón elevador.

Recuerda: no permitas ni por un minuto que tus hijos se suelten de sus sistemas de seguridad, su futuro —incluso su vida— puede depender de ello. Vigila que los arneses de las sillas o las bandas del cinturón vayan bien ajustados al cuerpo, sin holguras. Evita torceduras de las bandas y da ejemplo, utiliza siempre el cinturón de seguridad.

6. El botiquín casero

Disponer de un botiquín casero es útil y práctico, porque puede solucionar los pequeños accidentes, iniciar el tratamiento adecuado de un traumatismo, de quemaduras o de enfermedades no accidentales o simplemente aliviar síntomas molestos, como la fiebre o el dolor.

El botiquín casero debe estar preparado específicamente para tu familia, no debes adquirir uno estándar, porque su composición variará en función de la edad de tus hijos y de la existencia o no de padecimientos o enfermedades crónicas más habituales en tu familia —dolores de estómago, alergias a determinados alimentos o productos, fiebre muy elevada acompañando a la gripe, procesos banales—. También debes tener en cuenta la disponibilidad inmediata de determinados productos para las curas o el acceso rápido a un centro hospitalario o de salud. El botiquín debe ser lógicamente diferente en una aldea lejana que en una casa cercana a un centro sanitario o farmacia.

Qué debe contener

El botiquín casero básico debe contener, al menos, el material para practicar las primeras curas y los medicamentos básicos, que no precisan receta médica y que sirven para mejorar la confortabilidad de los integrantes de la familia; también debe contener aquellos fármacos de uso frecuente para algún miembro de la familia.

Material para curas

— Gasas estériles individualizadas. Cada paquete se adquiere cerrado en cobertura estéril.

— Algodón para amortiguar los vendajes. No se debe poner directamente encima de las heridas.

— Apósitos. Se compone de gasa y algodón estériles, ya preparados para aplicar.

— Esparadrapo y tiritas.

— Vendas de diferente tamaño.

— Antisépticos, como la povidona yodada (Betadine®) o la clorhexidina al 20% (Bohmclorh®, Cristalmina®).

— Suero salino fisiológico, en monodosis, para la limpieza de fosas nasales y de heridas.

— Alcohol de setenta grados para la limpieza de la piel, no de las heridas.

— Gasas grasas para aplicar encima de las quemaduras o de las heridas.

— Una pinza pequeña para la extracción de cuerpos extraños y de aguijones de insectos.

— Sutura cutánea estéril (Steri-strip® 3 mm × 75 mm) para el acercamiento de los bordes de las heridas no profundas, que facilita la cicatrización.

Material general y medicamentos

— Termómetro.

— Ibuprofeno y paracetamol. Recuerda que la dosis depende del peso, no de la edad de tus hijos.

— Metamizol (Nolotil®, Metalgial®). Es un analgésico y antitérmico potente que puede utilizarse cuando la fiebre no puede controlarse con ibuprofeno o paracetamol. Aunque el Nolotil® son ampollas para uso intramuscular o intravenoso, se absorben muy bien por boca, pero su sabor es desagradable (se amortigua mezclándolo con zumo de naranja). El Metalgial® es de uso oral. La dosis depende del peso, no de la edad.

— Suero de rehidratación oral, en sobres para diluir en agua.

— Carbón activado para las intoxicaciones. Retarda la absorción del fármaco.

Medicamentos específicos

Son aquellos que deben tenerse siempre en el botiquín por la frecuencia de su uso por algún miembro de la familia. Por ejemplo, antiácidos u omeprazol para el dolor de estómago y la protección gástrica; pomadas para la dermatitis del pañal o pasta al agua; un lápiz de amoníaco para las picaduras de insectos y repelente para insectos; antihistamínicos para las alergias y urticarias.

Todos los medicamentos deben desecharse una vez caducados. Los medicamentos utilizados para cualquier afección no deben almacenarse.

Dónde situar el botiquín

Debe estar en un lugar seco, no expuesto a bajas ni altas temperaturas y sobre todo seguro, fuera del alcance de los niños. La cocina y el baño son lugares desaconsejables, es mejor en el dormitorio principal.

En la puerta del botiquín aparecerán los siguientes teléfonos:

— Centro de toxicología.

— Centro de salud y del hospital de referencia.

— Teléfono del médico de familia y del pediatra.

— Teléfono de urgencias, 112.

El gran libro de la pediatría
Juan Casado

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.
Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© del diseño de la portada, Departamento de Arte y Diseño, Área Editorial Grupo Planeta
© de las imágenes de la portada, Shutterstock
© Juan Casado Flores, 2010, 2016

© de las ilustraciones, archivo del autor

© Editorial Planeta, S. A., 2010, 2016
Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona
www.editorial.planeta.es
www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): febrero de 2016

ISBN: 978-84-08-10634-0 (epub)

Conversión a libro electrónico: Víctor Igual, S. L.
www.victorigual.com